

Amsterdam
1947

PSYCHOSEN IN DE PUBERTEIT

„Een Klinische Studie”

Academisch Proefschrift ter verkrijging van den
graad van Doctor in de Geneeskunde aan de
Universiteit van Amsterdam, op gezag van den
Rector Magnificus Dr. G. C. Heringa, hoog-
leeraar in de faculteit der geneeskunde, in het
openbaar te verdedigen in de Aula der Universiteit
op Donderdag 18 December 1947, des nam.
te 3 uur, door

ADRIANA JUDINA DE LEEUW-
AALBERS

geboren te Lopik

1947

LANE MEDICAL LIBRARY

Na AFLOOP DER PROMOTIE, RECEPTIE
IN HET UNIVERSITEITS-GEBOUW

STELLINGEN

1. In de puberteit komen psychosen voor, waarbij aan de puberteit de voornaamste pathogenetische beteekenis moet worden toegekend.
2. De prognose van psychosen beneden het 16e levensjaar moet in het algemeen zeer dubieus worden gesteld.
3. Men zij uiterst voorzichtig met het stellen van de diagnose manisch-depressieve psychose op den kinderleeftijd en in de puberteitsjaren.
4. Uit oorlogservaringen met kinderen kan men de conclusie trekken dat plotselinge veranderingen in de familieconstellatie en verbreking van de affectieve banden, in de opeenvolgende levensfasen van het kind, van zeer verschillende traumatische beteekenis zijn.
5. De door VAN DER WAALS aangegeven kleurindex van het RORSCHACH-experiment geeft andere waarden aan bij kinderen dan bij volwassenen. (VAN DER WAALS, Psychiatrische en Neurologische Bladen Jan.—April 1946).
6. De beleving van reëel doodsgevaar in de nabijheid van de moeder wordt door het kleine kind beter geassimileerd dan het leven in veiligheid, ver van den intiemsten familiekring.
7. Thiouracil gebruike men alleen in die gevallen van angina pectoris, waarbij het basaal-metabolisme verhoogd is.
8. In ieder programma van de bestrijding van de syphilis dient het onderzoek van den liquor cerebrospinalis te worden opgenomen.
9. Bij gevallen van hardnekkige enuresis denke men aan de mogelijkheid van een ectopische ureteruitmonding.
10. Voor men overgaat tot het instellen van een ketogeen-diët bij pyknolepsie, is een medicamenteuze behandeling met absentol aanbevelenswaardig.
11. De thyreotrope invloed van de voorkwab van de hypophyse is gebonden aan de basophile cellen.
12. Men late de beslissing voor het al of niet uitvoeren van de operatie, afgesloten tubae weer doorgankelijk te maken, aan de patiënten over.
13. Het is noodzakelijk, dat in de opleiding van psychiaters aan de kinderpsychiatrie een grootere plaats wordt toegekend.

PSYCHOSEN IN DE PUBERTEIT

„Een Klinische Studie”

Academisch Proefschrift ter verkrijging van den
graad van Doctor in de Geneeskunde aan de
Universiteit van Amsterdam, op gezag van den
Rector Magnificus Dr. G. C. Heringa, hoog-
leeraar in de faculteit der geneeskunde, in het
openbaar te verdedigen in de Aula der Universiteit
op Donderdag 18 December 1947, des nam.
te 3 uur, door

ADRIANA JUDINA DE LEEUW-
AALBERS

geboren te Lopik

1947

AAN MIJN OUDERS
AAN MIJN MAN
AAN MIJN KINDEREN

Dit proefschrift is bewerkt in de Valeriuskliniek
te Amsterdam.

Promotor: Prof. Dr. L. VAN DER HORST

INHOUD

	Blz.
Inleiding	5
I. Klinisch materiaal	7
II. Schizophrenie op den kinderleeftijd en in de praepuberteit	13
III. De „Manie des Dégénérés”	44
IV. Manische en Depressieve beelden in de puber- teitsjaren	53
V. Puberteitspsychosen	78
VI. Samenvatting in getallen	115
VII. Slotbeschouwingen	120
Samenvatting	133
Summary	135
Litteratuur	137

INLEIDING.

In de laatste jaren ziet men meer en meer, dat de puberteit niet alleen van psychologische zijde aan een analyse wordt onderworpen (Ch. Bühler, Spranger, etc.), waarbij zeer interessante gegevens naar voren worden gebracht, maar dat ook de psychopatholoog zich wendt naar de veelvuldig voorkomende anomalieën in de puberteitsjaren. — Dat neurotische en psychopathische verschijnselen vaak optreden of verergeren in deze jaren, is, gezien de geweldige omwenteling, die in deze periode van het leven, waarbij het kind tot volwassene wordt, plaats vindt, niet onbegrijpelijk.

Dat zeer vaak de Schizofrenie uitbreekt in de puberteitsjaren, is ook een algemeen bekend feit.

Den laatsten tijd ziet men echter, dat het begrip Puberteitspsychose tracht zich in de klinische psychiatrie een plaats te veroveren. De naam Puberteitspsychose legt den nadruk op het pathogenetische moment van de puberteit. Onder Puberteitspsychose moeten psychotische stoornissen worden samengevat, waarvan de pathogenese mede of vooral in de psychische omwenteling der ontwikkelingsjaren moet worden gezocht.

Deze studie tracht een antwoord te geven op de vraag, in hoeverre het verantwoord is, deze psychische aberraties van de reeds bekende psychosen af te grenzen, of het dus inderdaad mogelijk is van een Puberteitspsychose te spreken, zooals men ook van een Involutiëpsychose spreekt.

Om tot een antwoord te komen op deze vraag, heb ik een aantal atypische psychosen, die tusschen het 12e en het 20e jaar een aanvang hebben genomen, aan een onderzoek onderworpen.

Het bleek mij bij het doorzoeken van het kaartregister van de Valeriuskliniek, dat het zeer dikwijls moeilijk was, om psychosen, optredend tusschen het 12e en het 20e jaar, te diagnostiseeren, zoodat vaak de diagnose met een vraagteken werd gesteld, of op de diagnose-kaarten vermeld stond: „Hysterie of Schizofrenie” of „Psychopathie en eigenaardige schemertoestand” of ook wel „Onduidelijk geval”, etc.

Toen de diagnose Degeneratie-psychose na 1920 meer en meer ingang vond, leek het mij niet onmogelijk, dat verscheidene van de ziektebeelden, die ik zocht, onder deze diagnose zouden zijn samengevat; dus betrok ik de Degeneratie-psychosen, tusschen het 12e en het 20e jaar voor het eerst opgetreden, in mijn onderzoekmateriaal.

Daar de Schizofrenie in een tamelijk groot percentage voor het 20e jaar begint, heb ik die gevallen, waarbij zonder meer de

diagnose Schizophrenie werd gesteld, buiten beschouwing gelaten, daar anders het onderzoekmateriaal een te groote afmeting zou aannemen.

Aangezien de Manisch-depressieve psychosen, optredend in de ontwikkelingsjaren, zeer zeldzaam zijn, heb ik deze vroeg optredende Manisch-depressieve psychosen in mijn onderzoekmateriaal opgenomen, daar het mij niet onmogelijk leek, dat bij deze groep toch puberteitsanomalieën betrokken zouden zijn.

In de diagnose Hysterie of Psychopathie zijn over het algemeen geen psychotische verschijnselen begrepen, zoodat, daar het niet mijne bedoeling is de puberteitsneurose en psychopathie, maar juist de puberteitspsychose aan een onderzoek te onderwerpen, ik de veelvuldig voorkomende gevallen van Hysterie en Psychopathie in de puberteit buiten beschouwing heb gelaten, behalve diè gevallen, waarbij atypische verschijnselen op de kaart vermeld werden.

Wanneer het begrip Puberteitspsychose recht van bestaan heeft, dan zal men deze afwijkingen moeten aantreffen in de atypische psychosen van de puberteitsjaren.

HOOFDSTUK I.

KLINISCH MATERIAAL

Uitgaande van de instelling, de „atypische” psychosen, die in de kinderjaren en op den puberteitsleeftijd zijn ontstaan, op te sporen en in deze psychosen met behulp van de hedendaagsche klinische gegevens, zoo mogelijk, eenige ordening aan te brengen, vond ik 63 ziektegeschiedenissen, waarvan het mogelijk bleek de levensgeschiedenis der patiënten, bij velen over verscheidene jaren, bij een gering aantal over een minder aantal jaren, te volgen.

Bij de meesten hiervan was het met vrij groote zekerheid mogelijk, de ziekte te rubriceeren. De symptomatologie, die tijdens de observatie niet duidelijk in de richting van een bepaalde diagnose wees, de gegevens over het verdere levensbeloop van den patiënt en de hedendaagsche psychische gesteldheid maakten in de meeste gevallen een vrij zekere diagnose mogelijk.

Zoo nauwkeurig mogelijk werden de gegevens uit de oorspronkelijke ziektegeschiedenis, de verschijnselen, vermeld bij eventueele latere verplegingen, de katamnese en de hedendaagsche psychische toestand in de levenscurve opgenomen.

Om een goed overzicht te verkrijgen en vooral ook om duidelijk de grenzen te vinden tusschen de meest bekende vormen van psychosen, de Schizofrenie en de Manisch-depressieve psychose, deelde ik het klinische materiaal in drie groote groepen in.

- I. Psychosen, waarbij de diagnose Schizofrenie tijdens de observatie werd overwogen, maar waarbij òf het symptomatologische beeld, òf het duidelijk aanwezig zijn van een psychisch trauma zich niet lieten invoegen in het schizophrene ziekteproces.
- II. Psychosen, die ingevoegd werden in de groep der Manisch-depressieve psychosen.
- III. Een aantal psychosen, die ik als Restgroep wil samenvatten, waarvan de diagnose niet eensluidend is. Het samenvattende van deze groep psychosen is, dat al deze vormen van ziekzijn, tijdens de observatie, buiten de grenzen van de Schizofrenie of de Manisch-depressieve psychose werden gehouden.

Men vindt in deze groep allerlei verschillende ziektebeelden en diagnosen: Hysterische psychosen, Degeneratiepsychosen, Manie des dégénérés, etc. Ook vormen van Hysterie en Psychopathie vinden hier een onderkomen, n.l. diè gevallen, die wèl als Hysterie of Psychopathie werden geboekt, maar waarbij werd vermeld, dat eigenaardige verschijnselen het Hysterische of Psychopathische beeld een psychotisch aanzien gaven.

GROEP I omvat 19 gevallen.

Nr. Reg. Nr.	Leeftijd	Observatiediagnose	Jaar, waarin patiënt voor 't eerst werd opgenomen		Diagnose in 1941
1	7340	14 jr.	1927	Schizofrenie	
2	3582	11 „	1920	Schizofrenie	
3	5946	11 „	1924	Schizofrenie	
4	6142	17 „	1925	Puberteitspsychose	
5	7802	19 „	1928	Schizofrenie	
6	4645	19 „	1922	Schizofrenie	
7	8413	17 „	1929	Schizofrenie	
8	8608	18 „	1929	Schizofrenie	
9	6954	15 „	1926	Schizofrenie	
10	7538	17 „	1920	Schizofrenie ? Manisch- depressieve psychose ?	
11	9587	20 „	1931	Schizofrenie	
12	2672	19 „	1918	Schizofrenie	
13	5561	17 „	1923	Schizofrenie	
14	3574	18 „	1920	Schizofrenie	
15	2165	19 „	1917	Manisch-depressieve psychose	
16	3087	19 „	1919	Puberteitspsychose	
17	3626	17 „	1920	Schizofrenie of atypische Ma- nisch-depressieve psychose + Hysterie	
18	3814	17 „	1903	Hysterie of Schizofrenie	
19	1809	18 „	1916	Amentia, Schizofrenie of Hysterische psychose	

GROEP I.

Van deze 19 gevallen, waarbij een psychose optreedt tusschen het 11e à 12e jaar en het 20e jaar en waar aan de diagnose Schizofrenie wordt getwijfeld, zijn minstens 12 uitgesproken Schizofrenieën.

In de gevallen 10 en 17 treden herhaaldelijk psychosen op in het verdere levensbeloop na het 20e jaar, maar blijft het moeilijk met zekerheid een diagnose te stellen. Het zijn in ieder geval psychosen, die neiging hebben tot recidief en als zoodanig blijkbaar geen typische correlatie bezitten tot de puberteit.

Alleen de gevallen 4, 16, 18 en 19 vormen in deze groep op deze wijze een uitzondering, dat in het tot heden gevolgde levensbeloop slechts éénmaal een psychose optrad en wel in de jaren, liggend tusschen het 15e en het 20e levensjaar.

Wanneer een psychose optreedt in de jaren, die men gewend is aan te duiden met puberteitsjaren, terwijl daarna nooit meer psychotische verschijnselen optreden en de persoon in kwestie een integere figuur is, die zich volkomen handhaaft in beroep, gezin en maatschappij, dan is men gerechtigd aan de mogelijkheid te denken van een psychose, verband houdende met de ontwikkelingsstoornissen, die de puberteitsjaren kunnen vergezellen. Deze zullen in Hoofdstuk V nader worden uitgewerkt.

Resumeerend kunnen we dus vaststellen, dat van deze 1e groep van 19 gevallen 12 een schizophreen verloop hebben, 1 tot de Manisch-depressieve psychose blijkt te behooren, 2 een atypisch verloop hebben in het verdere leven en 4 behooren tot de groep van psychosen, optredend in de puberteit, met een gunstige prognose.

GROEP II.

Van de maniakale beelden blijken 2 tot de schizophrene psychosen te behooren, 1 verloopt atypisch als een psychopathische levenscurve met ernstige exacerbaties, 2 schijnen slechts overeen te komen met een typische Manie, terwijl 1 ook zeker binnen de grenzen van de Manisch-depressieve krankzinnigheid een plaats vindt met een meer atypisch verloop.

Van de depressieve beelden behoort er 1 tot de Schizofrenie, 1 vertoont slechts het echte beeld der Melancholie. Het depressieve syndroom uit zich bij 1 in den vorm van een praepuberale Depressie, bij 3 in vormen, die wél dicht bij de Melancholie liggen, maar toch het meest kenmerkende missen.

GROEP II omvat 13 gevallen.

Nr. Reg. Nr.	Leeftijd	Observatiediagnose	Jaar, waarin patiënt voor 't eerst werd opgenomen		Diagnose in 1941
1	3493	15 jr. Manisch-depressieve	1920	Schizofrenie	
2	2695	19 „ Manisch-depressieve psychose ?	1918	Atypische manisch-depressieve psychose	
3	11486	17 „ Manie	1935	Manie	
4	5828	16 „ Manie	1924	Schizofrenie	
5	1367	16 „ Manie	1915	Manisch-depressieve psychose	
6	3754	16 „ Manie	1920	Manie	+ Hysterie
7	9265	19 „ Reactieve depressie	1930	Puberteitsanomalie	
8	2079	19 „ Depressie	1917		
9	2761	19 „ Depressie	1918	Depressieve beelden	
10	6398	16 „ Depressie	1925	Schizofrenie	
11	2416	19 „ Depressie	1917	Melancholie	
12	5570	19 „ Depressie	1923	Puberteitspsychose	
13	4943	13 „ Depressie	1922	Praepubertale depressie	

GROEP III.

Groep III is een zeer heterogene groep, omvattende zeer verschillende ziektebeelden en onder de meest uiteenlopende diagnosen uitgeboekt:

8 gevallen behooren in ieder geval tot de Schizofrenie.

In 2 gevallen schijnt de diagnose Manie des Dégénérés gerechtvaardigd.

1 geval is te rangschikken onder de Degeneratiepsychosen, 1 is een Grieppsychose, 1 een symptomatische psychose, 1 een amentia-achtige toestand, 1 Hysterie, 1 hysterische Psychopathie en 1 Psychopathie.

In 2 gevallen is de diagnose niet met zekerheid te stellen. In 11 gevallen schijnt het aannemelijk, verband te zoeken met de puberteitsjaren.

Samenvattend volgt hier een tabel over de frequentie der verschillende ziektebeelden in de puberteitsjaren in het onderzochte materiaal (63 gevallen):

Schizofrenie	23
Manisch-depressieve psychose	5
Degeneratie-psychose	1
Manie des dégénérés	2
Niet mogelijk met zekerheid een diagnose te stellen	5
Grieppsychose, symptomatische psychose, amentia-achtige toestand	3
Hysterie, Psychopathie, Psychasthenie	4
Psychose in de puberteitsjaren optredend met gunstige prognose	20

Men moet niet uit het oog verliezen, dat in deze tabel niet verrekend zijn diè gevallen, waarbij met zekerheid de diagnose Schizofrenie kon worden gesteld.

GROEP III omvat 31 gevallen.

Nr.	Reg. Nr.	Leeftijd	Observatiediagnose	Jaar, waarin patiënt voor 't eerst werd opgenomen	Diagnose in 1941
1	5684	17 jr.	Manie des dégénérés	1924	Manie des dégénérés
2	10902	15 „	Manie des dégénérés	1934	Manie des dégénérés
3	263	14 „	Manie des dégénérés	1911	Schizophrenie
4	2913	13 „	Manie des dégénérés	1918	Schizophrenie
5	4706	20 „	Degeneratie-psychose	1922	Schizophrenie
6	9267	20 „	Degeneratie-psychose	1930	Debilitas mentis (Propfhehephrenie ?)
7	4739	17 „	Degeneratie-psychose	1922	Degeneratiepsychose
8	10544	19 „	Hysterische psychose	1933	Puberteitspsychose
9	10216	17 „	Hysterische psychose	1932	Puberteitspsychose
10	10772	17 „	Hysterische psychose	1934	Puberteitspsychose
11	57	10 „	Hysterie	1911	Hysterie
12	7074	17 „	Hysterie	1926	Hysterische psychopathie
13	11488	15 „	Hysterie	1935	Puberteitspsychose
14	6045	15 „	Hysterie	1924	Puberteitspsychose
15	10807	19 „	Psychasthenie	1934	Hysterie ? Schizophrenie ?
16	10602	13 „	Psychasthenie	1933	Psychasthenie
17	9152	14 „	Psychasthenie	1930	Schizophrenie
18	4499	16 „	Psychopathie	1922	Schizophrenie
19	6045	13 „	Psychopathie	1924	Schizophrenie
20	3614	17 „	Psychopathie	1920	Puberteitspsychose
21	4081	19 „	Psychopathie	1921	Psychopathie
22	2739	13 „	Grieppsychose	1918	Grieppsychose
23	5007	17 „	Amentia-achtige toestand bij t.b.c. pulmonum	1905	Amentia
24	2849	11 „	Symptomatische psychose	1918	Symptomatische psychose
25	12138	18 „	Puberteitspsychose	1937	Puberteitspsychose
26	11066	17 „	Puberteitspsychose	1935	Puberteitspsychose
27	11040	17 „	Puberteitspsychose	1934	Schizophrenie
28	12936	19 „	Puberteitspsychose	1938	? Schizophrenie ?
29	11318	18 „	Puberteitspsychose	1935	} Mogelijkheid van een puberteits-psychose
30	13582	17 „	Puberteitspsychose	1939	
31	14533	18 „	Integratiepsychose	1941	Puberteitspsychose

HOOFDSTUK II.

SCHIZOPHRENIE OP DEN KINDERLEEF TIJD EN IN DE PRAEPUBERTEIT

Wanneer men de oudere leerboeken over Psychiatrie van den kinderleeftijd opslaat, stuit men direct bij de bestudeering daarvan op ernstige moeilijkheden. De ziektegevallen uit de oudere litteratuur zijn bezwaarlijk als studiemateriaal te gebruiken, daar de beschrijving van het syndroom in dien tijd nog het voornaamste was.

Zoo beschrijft *Ziehen* (1915) het ziektebeeld, de „Stupidität”, waaronder hij verstaat een totale of bijna totale remming der voorstellingsprocessen en daarmee hand in hand gaande „Verödung” van het gevoelsleven. Meestal zou genezing met defect optreden, vaak na een jaar of nog langer.

Deze zeldzaam voorkomende ziekte, die het gevolg zou zijn van uitputting, te weinig slaap, te veel werken, of acute infectieziekten, noemde hij ook wel dementia primaria.

Zoo onderscheidde hij ook de paranoia simplex, de paranoia hallucinatoria en de amentia, waarvan een zware verwardheid het primaire hoofdsymptoom zou zijn.

Wanneer men deze ziektegevallen bestudeert, ontkomt men niet aan de gedachte, dat al deze gevallen tenslotte toch onder te brengen zijn onder den kinderlijken vorm van schizofrenie. Er ontbreekt het ziekteverloop van al deze gevallen en het blijkt steeds meer, dat het syndroom der kinderpsychosen ons heel moeilijk tot de diagnose brengen kan.

Ziehen beschrijft in zijn boek: „Die Geisteskrankheiten des Kindesalters”, dat men bij de melancholie van het kind veelal hallucinatoire belevingen en illusionaire vervalschingen van de buitenwereld aantreft. Gaarne hadden wij het ziekteverloop van deze patiënten gevolgd en het komt ons niet ondenkbaar voor, dat tenslotte deze ziekteprocessen eveneens zouden uitmonden in de Schizofrenie.

Strohmayer trekt reeds engere grenzen in de onderscheiding van de verschillende psychosen op den kinderleeftijd en ruimt een grootere plaats in aan de Schizofrenie.

Van de acute hallucinatoire verwardheid, de aementia, waarbij een primaire incohaerente gedachtengang en gedesorienteerdheid de hoofdsymptomen zijn en die optreedt bij uitputting, chronische ondervoeding, of overmatige lichamelijke inspanning en uitputtende ziekte, vermeldt hij, dat veelal onder dit beeld van amentia een schizofrenie verborgen ligt.

De „Erschöpfungstupor” of „Stupidität” van *Ziehen* ruimt hij in zijn leerboek: „Die Psychopathologie des Kindesalters” nog wel een plaats in, maar meent wel, dat het een uiterst zeldzaam voorkomende ziekte is.

Als voorbeeld beschrijft hij het ziektebeeld van een jongen van 11 jaar, die leed aan een uitgebreid gezichtseczeem. Dit werd door het kind als zeer onaangenaam ervaren, waardoor hij slecht begon te eten en sterk vermagerde. Een longtuberculose compliceerde het geheele beeld. Langzamerhand ontwikkelde zich nu een psychotische toestand, waarbij het kind geheel zonder interesse voor de omgeving, volkomen apathisch in bed lag. Het at uit zich zelf niet en lag met gesloten oogen in bed. Bij de opneming was het lichaamsgewicht 38 pond. Na 12 maanden verpleging werd het kind genezen ontslagen.

Strohmayer ontkent het voorkomen van paranoia op den kinderleeftijd.

Langzamerhand ziet men in de litteratuur, dat de amentia-achtige toestanden op den kinderleeftijd gereserveerd worden voor de psychosen, voorkomende vooral bij infectieziekten, ook al strekt de psychose zich nog geruimen tijd na het herstel van de hieraan ten grondslag liggende ziekte uit.

Hoewel dus geleidelijk aan, aan de Schizophrenie een grootere plaats werd ingeruimd, ten koste van andere ziektebeelden, ziet men, dat naderhand de neiging meer optreedt, de Schizophrenie weer veel van haar rechten op den kinderleeftijd te ontnemen, door de mogelijkheid van een lichamelijk lijden (encephalitis) naar voren te schuiven, of wel uit psychogene oorzaken de psychose op te bouwen.

Funst meent („Ueber Schizophrenie im Kindesalter”, Mon. f. Ps. u. N. 1931), dat vele beschreven schizoprenieën het gevolg zijn van encephalitis epidemica.

Infeld beschrijft („Beiträge zur Kenntnisse der Kinderpsychosen”, Jahrb. für Psych. 22, 1902, 326—346) een heimwee-psychose bij een jongen van 11 jaar en een schrikpsychose bij een jongen van 15 jaar.

De heimweepsychose trad op na een ooroperatie en vertoonde een verontrustend beeld. De jongen was zeer onrustig, angstig, liep voortdurend uit bed, kuste ieder de hand en bad om ontslag, waarbij hij steeds uitriep: „Mijn Hemelvader, vergeef mij”, etc.

De schrikpsychose ontstond na het bijwonen van een plotselinge flauwte van de moeder. Den volgenden morgen was de jongen volkomen sprakeloos en bewegingloos, nam geen voedsel tot zich en reageerde nergens op.

Bij de eerste psychose trad direct na het verschijnen van de moeder volkomen herstel op, in het tweede geval volgde na enkele weken volkomen genezing.

Ook *Rümke* tracht de mogelijkheid van Psychogene psychosen bij kinderen open te houden, ook al doet de symptomatologie van het beeld zeer sterk aan Schizophrenie denken.

In zijn: „Ueber Psychosen bei Kindern, in Zusammenhang mit einigen Problemen der klinischen Psychiatrie betrachtet” beschrijft hij 2 gevallen, die eventueel binnen de grenzen der Psychogene psychosen zouden kunnen vallen. Toevallig was ik in de gelegenheid één dezer beide gevallen verder te volgen, waarbij bleek, dat het verdere verloop van dit ziekteproces geheel overeenkwam met een Schizophrenie. Hoe meer de ziektegevallen in hun verloop gevolgd zullen kunnen worden, des te meer zal blijken waarschijnlijk, dat schizophrene beelden op den kinderleeftijd, dus vóór de intrede van de puberteit, eigenlijk allen behooren tot het schizophrene ziekteproces; althans als geen lichamelijke ziekte voor de psychose aansprakelijk is te stellen.

De laatste jaren bemerkt men, dat de litteratuur zich ook in deze richting beweegt.

Wat betreft het voorkomen van psychosen op den kinderleeftijd meent *Strohmayer*, dat het aantal nauwelijks 1 % van het totale aantal bedraagt. („Die Psychopathologie des Kindesalters”, 1923).

Volgens *Kraepelin* zou 3.5 % der schizoprenieën uitbreken vóór het 10e levensjaar en 2.7 % tusschen het 10e en 15e jaar. Het tijdstip van het allereerste begin der ziekte is, voor zoover na te gaan, in deze cijfers berekend en niet het manifest worden van op den voorgrond tredende ziekteverschijnselen. Diè leeftijd werd genomen, waarbij reeds tekenen der ziekte aanwezig waren.

Schnabel geeft op, dat het aantal psychosen op den kinderleeftijd tot 16½ jaar op een materiaal van 17000 3 % is. („Die Prognose der psychischen Störungen des Kindes- und Entwicklungsalters nach dem Material der Züricher psychiatrischer Klinik von 1870—1920”, Z. f. N. u. P. 1921, Bd. 68).

Schneider („Die Psychologie der Schizophrenie”) geeft in een statistiek weer, dat van 889 gevallen 3 begonnen tusschen het 5e en 10e jaar, 20 tusschen het 11e en 15e jaar en 164 tusschen het 16e en 20e jaar.

Volgens *Otto Martiensen* begonnen van 500 gevallen 3.9 % beneden het 15e jaar en 30.5 % beneden het 20e jaar.

De verschijnselen der Schizophrenie op den kinderleeftijd.

Volgens *Strohmayer* verloopt de Schizophrenie op den kinderleeftijd meestal sluipend. De kinderen worden stil, trekken zich terug, worden meer in zich zelf gekeerd, apatisch en inactief. Soms vertoonen zij een indifferente stemming, vaak een gedeprimeerd zijn, dikwijls gepaard gaande aan angst, hoewel ook meermalen

beelden met ideeënvluhtigen rededrang en grootheidsideeën zouden voorkomen. Hallucinatoire belevingen zouden meestal een rol spelen, zoowel hallucinaties op visueel als op acustisch gebied.

Naast dezen langzaam progressieven sluipenden vorm onderscheidt *Strohmayer* ook de z.g. katatone stupor, waarbij negativistische verschijnselen, stereotypieën en perseveraties op den voorgrond staan.

De prognose was in de door *Strohmayer* beschreven gevallen niet zoo slecht. Van de 24 gevallen genazen 5 met defect, 13 kinderen genazen zóódanig, dat zij weer sociaal bruikbaar in de maatschappij terugkeerden, terwijl in 7 jaar geen terugval geconstateerd werd. In 6 gevallen werd het verloop direct chronisch met een snelle aftakeling.

Homburger onderscheidt, evenals *Strohmayer*, een sluipenden vorm, die meestal chronisch verloopt en het meest overeenkomt met de bekende hebephrene beelden en daarnaast de acuut beginnende katatone vormen. Hij geeft aan dezen laatsten vorm een grootere plaats dan *Strohmayer*. Hoewel remissies bij dezen vorm niet zelden zouden zijn, zijn zeer goede remissies uitermate zeldzaam. Vaak is de remissie een slechts schijnbaar goede, daar, na het ziekteproces, de vorderingen op allerlei gebied verminderd zouden zijn. De zeldzaam voorkomende paranoïde vormen zouden nog te weinig bekend zijn, om er nadere gegevens over te verstreken.

Blum meent, dat de gezichtshallucinaties over de gehoorshallucinaties overwegen. De hallucinatoire belevingen zouden meer gelijkjen op de hallucinaties bij koortsdelirante toestanden.

Ssucharewa („Ueber den Verlauf der Schizophrenien im Kindesalter”, Z. f. N. u. Ps. 142, 1932) meent, dat de chronisch verloopende vorm der kinderlijke schizofrenie overweegt over den acuten, terwijl de acute vorm in de puberteitsjaren meer zou voorkomen. Vooral zou men den simplen vorm der schizofrenie vinden — een zeer eenvoudig beeld, — waarbij gebrek aan initiatief, gemis aan activiteit en affectief rapport met de omgeving het meest kenmerkend zouden zijn. Een algemeene daling van het psychische niveau, een oppervlakkigheid van het affectleven, meer of minder gecompliceerd door katatone verschijnselen, zouden de ziekte een echt hebephreen aanzien geven. Veel zeldzamer zouden de katatone stupor en opwindingstoestanden zijn.

Lutz wijst in het „Lehrbuch der Psychopathologie des Kindesalters” van *Benjamin, Hanselmann, Isserlin, Lutz, Ronald*, ook op de twee vormen, een sluipend verloopenden, gelijkmatig of wel „sanft wellenförmig”, in de verschijnselen veelal op een hebephreen beeld gelijkenden, en een acuut of subacuut beginnenden vorm, met scherpere uitslagen (Schüben), die veelal op de katatone vormen gelijkjt.

Hallucinaties, zoowel visueele als acustische, zouden pas na het 6e jaar voorkomen, evenals lichamelijke sensaties. De associatiestoornis zou men veel minder vaak aantreffen. Hoewel „Wahnstimmung” en lichte waanideeën wel voorkomen, zou de echte paranoïde vorm bij kinderen niet gevonden worden.

De prognose acht Lutz infaust, terwijl de geestelijke afbraak ook een sneller verloop heeft dan bij volwassenen. De remissies zouden over het algemeen korter duren dan bij volwassenen en minder volledig zijn.

Beschrijving van enkele gevallen van Schizophrenie, die of op den kinderleeftijd zijn ontstaan, of op de grens der puberteit liggen.

Hoewel natuurlijk reeds verschillende casuïstische mededeelingen over de Schizophrenie bij het kind in de litteratuur verschenen zijn, acht ik de beschrijving van de onderstaande gevallen in de eerste plaats gerechtvaardigd, omdat in geen enkel geval de diagnose Schizophrenie met zekerheid gesteld werd; in de tweede plaats, omdat ik in staat was, deze gevallen, waarvan het begin der psychose bij de meesten zeer ver terug ligt, allen te volgen.

Het eerste geval mag als een typisch voorbeeld gelden voor de echte kinderschizophrenie. Het begin is reeds op het 8e jaar te vinden, terwijl de opneming in een psychiatrische inrichting voor de eerste maal op het 11e jaar plaats vindt. Het is de chronisch, „sanft wellenförmig” verloopende vorm van schizophrenia, waarvan het symptomenbeeld een hebephreen aanzien heeft.

In het tweede geval, ook een psychose bij een 11-jarig kind, is het beeld veel gekleurder en gevarieerder, hetgeen er op wijst, dat niet alle schizophrene beelden op den kinderleeftijd binnen de grenzen van de op hebephrenie gelijkende of katatone vormen behoeven te worden ondergebracht.

In dit tweede geval, indertijd gepubliceerd door Rümke, werd de mogelijkheid ernstig overwogen van een encephalitis epidemica.

Daar de grenzen van kinderjaren en puberteitsleeftijd niet aan absolute normen gebonden zijn, vallen binnen dit materiaal waarschijnlijk ook kinderen, bij wie de puberteit haar intrede reeds heeft gedaan.

Typeerend voor de 4 volgende gevallen is het optreden van zeer aparte vormen, een hypochonder, een maniakaal, een paranoïd syndroom en een symptomencomplex, waarbij de incohaerente gedachtengang op den voorgrond treedt.

In deze 4 gevallen, waarbij de leeftijd varieert van 13—15 jaar, treedt een veel rijker gekleurd beeld op, dan men over het algemeen op den kinderleeftijd aantreft. Het naderen van de puberteit brengt hier, hoewel geen psychoplastische invloed van de puberteit nog aantoonbaar is, veel gedifferentieerdere mogelijkheden.

Opvallend is het min of meer monosymptomatische, terwijl de Schizofrenie van de volwassenen een veel moeilijker analyseerbaar geheel is.

In den hypochondrischen vorm van de Schizofrenie overheerschen dermate allerlei somatische klachten en hypochondere ideeën, dat men alleen hierop de diagnose Schizofrenie niet aandurft. Dit geldt ook voor de andere psychosen, waarbij de paranoïde vorm werd geboekt als Psychasthenie, het maniakale syndroom als een Manie des dégénérés, het incohaerente beeld als een Manisch-depressieve psychose met een vraagteeken.

In de hierop volgende 3 gevallen, waarbij één op 13-jarigen en twee op 15-jarigen leeftijd een aanvang namen, zien we een duidelijk psychoplastische kleuring van het symptomencomplex door de puberteit, zoodat zeer terecht de mogelijkheid van een Psychogene psychose of een Puberteitspsychose overwogen werd. — Eén van deze 3 gevallen beschreef Rümke in zijn: „Ueber Psychosen bei Kindern, in Zusammenhang mit einigen Problemen in den klinischen Psychiatrie betrachtet”, hoewel met eenig voorbehoud, onder de Psychogene psychosen.

Achtereenvolgens zal ik dus de volgende 3 groepen behandelen.

A. De echte Kinderschizofrenie.

B. Praepuberales vormen van Schizofrenie met zeer verschillend syndroom, voornamelijk een monosymptomatisch beeld, geen psychoplastische kleuring van de puberteit.

C. Praepuberales Schizofrenieën met psychoplastische kleuring van de puberteit, zoodat de mogelijkheid van een Puberteitspsychose meer voor de hand ligt dan een schizophreen proces.

A. DE ECHTE KINDERSCHIZOPHRENIE.

Geval I. Reg. Nr. 3582.

Op bijna 11-jarigen leeftijd wordt patiëntje opgenomen. Ze is afkomstig uit een gezin van 9 kinderen, waarvan zij de jongste is. In de familie zijn geen hereditaire momenten aanwezig. Haar ontwikkeling is tot voor 2 jaar volkomen normaal geweest. Zij was op tijd met lopen en spreken en ook op tijd zindelijk. Er waren geen stuipen, geen pavor nocturnus, geen nerveuze verschijnselen. Het was een tamelijk stil kind.

Het rapport van het hoofd van de school zegt, dat zij tot het 5e leerjaar goede vorderingen maakte en er nooit bijzonderheden aan haar te bemerken waren. Ze was opgewekt in haar spel met andere kinderen.

In de laatste twee jaren zijn er zeer geleidelijk aan allerlei veranderingen bij haar opgetreden. Ze kreeg perioden van korteren of langeren duur, waarbij ze met doffe oogen rondkeek, zonder met

de klas mee te doen. Haar praestaties werden van een minder gehalte. Ze werd vergeetachtiger en men moest haar herhaalde malen iets zeggen, voordat zij het begreep.

Hoewel al deze verschijnselen geleidelijk aan toenamen, was er tot voor 3 maanden vóór de opneming nooit iets apert vreemds gepasseerd.

Toen werd ze steeds stiller en meer in zichzelf gekeerd en lachte vaak ongemotiveerd. Ze was bang, dat de wereld zou vergaan, dat de hemel op haar hoofd zou vallen. Boven aan de trap riep ze een keer: „Hoe moet ik er af komen, moet ik er afspringen? Ja, ik geloof, dat ik er maar af moet springen.” Zoo wist ze ook soms niet, hoe ze een tram uit moest komen en soms liep ze in bed heen en weer, zonder te weten, hoe ze uit haar bed moest stappen. Daartusschendoor waren er ook weer perioden, dat ze helderder was en met haar vriendinnetjes speelde.

Tijdens haar 1e verpleging van 21 Sept. 1920—29 Sept. 1920 werden er totaal geen abnorme verschijnselen bemerkt. Het intellect was goed ontwikkeld. Somatisch-neurologisch waren er geen afwijkingen. De liquor was normaal.

8 October 1920 werd zij voor de 2e maal opgenomen.

Zij werd de laatste dagen weer stiller en suffer, was huilerig en drensde over alles. Bij opneming was ze zeer stil, sprak en at niet uit zichzelf, bemoeide zich nergens mee. Ze moest tot alles aangespoord worden. Vragen werden wel correct beantwoord.

Aan de aantekeningen van de ziektegeschiedenis ontleen ik het volgende:

27 Oct.: Patiëntje is weer levendiger en gewoner.

7 Nov.: Patiëntje is plotseling zeer angstig en maakt een rade-loozen indruk. Ze schreeuwt om de moeder, plukt aan haar bedje. Wanneer ze voor de W.C. staat, weet ze niet, wat ze doen moet. Ze staart wezenloos voor zich uit. Ze wil geen flikjes eten, maar ruikt er aan. Haar boterham braakt ze uit. Eau de cologne wil ze niet hebben, want ze gelooft niet, dat het eau de cologne is.

9 Nov.: Weer gewoner.

15 Nov.: Patiëntje vertrekt weer naar huis.

Men durfde geen diagnose stellen, maar dacht aan de mogelijkheid van Hysterie of Epilepsie, Psychopathie, Schizophrenie of Tumor.

Na haar ontslag volgden er thuis nog enkele aanvallen, waarbij ze volkomen stil, roerloos in bed lag, zich niet bewoog en weigerde te eten en te drinken.

Hoewel patiënte nooit meer geheel herstelde, was zij in de eerste jaren na haar ontslag nog wel in staat, les te nemen en iets uit te voeren.

Geleidelijk aan werd de toestand steeds ernstiger. Ze sprak eigenlijk nooit meer, deed nog wel enkele huishoudelijke bezigheden

op bevel, bekeek wel eens plaatjes en dergelijke. Ze was zeer moeilijk voor de verpleging, wilde niet naar bed, etc.

In 1931 werd patiënte weer opgenomen. Daarna werd zij door haar moeder en zuster thuis verzorgd, tot zij vanaf 1938 chronisch verpleegd moest worden.

Bij haar laatste opnemng werd de diagnose op Schizophrenie-Katatonie gesteld.

Zij was volkomen mutistisch, lag bewegingloos in bed, vertoonde kataleptische verschijnselen en grimasseerde.

Epicrise:

Dit geval mag wel als zeer typisch gelden voor de Schizophrenie van den kinderleeftijd. Een chronisch, „sanft wellenförmig” verloop, met aanvankelijk zeer kortdurende fasen, waarna schijnbaar volkomen herstel, maar toch een geleidelijk wegglijden in het schizoprene „Verblödungsproces”.

De verschijnselen beperken zich tot een stiller worden, een meer autistisch zich terug trekken van de buitenwereld, een zich gedesorienteerd voelen in de gewone dagelijksche aangelegenheden (niet meer weten, hoe ze de trap af moet gaan, etc.) en daarbij voorbijgaande fasen, waarin katatone verschijnselen meer op den voorgrond treden.

Er zijn zeer vluchtige paranoïde ideeën geweest, die weinig op den voorgrond stonden. Van hallucinaties is nooit iets bespeurd.
Geval II. Reg. Nr. 5946.

Dit geval is uitvoerig door *Rümke* beschreven. (Pat. R. de G. „Psychosen bei Kindern, in Zusammenhang mit einigen Problemen der klinischen Psychiatrie betrachtet”) Hoewel hier de diagnose Schizophrenie niet met zooveel zekerheid gesteld kan worden als in het eerste geval, wijkt toch het ziekteverloop practisch niet van een schizopreen „Verblödungs” proces af. De mogelijkheid van een eigenaardigen vorm van Encephalitis (nu en dan temperatuursverhooging en te hoog celgehalte in de liquor met enkele lichamelijke afwijkingen, die in de richting van een dystrophia adiposogenitalis wijzen), waarop nu een psychose zich ontwikkelt, kan niet geheel uitgesloten worden.

Vanaf 1924 wordt deze patiënt in een inrichting verpleegd en de hedendaagsche verschijnselen wijzen het meest in de richting der Schizophrenie.

Dit ziektegeval demonstreert, dat ook reeds vroeg optredende psychosen veel rijker en phantastischer van inhoud kunnen zijn, dan men in de meeste gevallen van Kinderschizophrenie ziet. Hoogstmerkwaardig is de rol, die het verdubbelingsproces bij dit patiëntje speelt; een verschijnsel, dat men in casuïstische mededeelingen ten aanzien van Schizophrenie wel eens meer aantreft. „Als ik in bed zit, heb ik het gevoel, alsof ik een andere persoon ben”. Over het zwemmen sprekende, zegt hij: „Als ik later ver-

dubbeld ben, zal ik een nieuwen slag leeren". Op een photo ziet hij zichzelf voor een ander aan. Zijn vader is ook dubbel. „Ik ben de zoon van een dubbelen vader”.

Er zijn twee R. de G.'s en de vader van den éenen R. lijkt zeer veel op den vader van den anderen R. De vader van den anderen R. is mooier. Zijn vader was vroeger ook zoo knap van uiterlijk. De wijze, waarop patiëntje hierover spreekt, is dikwijls zeer verward.

Een tweede zeer eigenaardig verschijnsel is de vrees, dat hij in een letter zal worden veranderd. De directeur der kliniek wordt ook in een letter veranderd.

Naast deze zeer eigenaardige, opvallende symptomen is het ziektebeeld vol incohaerente gedachtensprongen, phantastische ideeën, impulsieve daden en een langzamen achteruitgang van de psychische activiteit.

Hoewel psychosen op den kinderleeftijd veelal zeer onproductief zijn, ziet men uit het bovenbeschreven syndroom een rijk gevarieerden inhoud.

B. PRAEPUBERALE VORMEN VAN SCHIZOPHRENIE MET ZEER VERSCHILLENDE SYNDROOM, VOORNAMELIJK EEN MONOSYMPATOMATISCH BEELD. GEEN PSYCHOPLASTISCHE KLEURING DOOR DE PUBERTEIT.

Geval III. Reg. Nr. 7340.

Als klein kind is patiënt altijd goed geweest. Hij had een lief, zacht karakter, was kalm en vroolijk en veroorzaakte nooit eenige moeilijkheid. Er zijn wel hereditaire momenten. Twee zusters van den grootvader van moederszijde leden aan schizofrenie, evenals een broer van den grootvader van vaderszijde.

Op 13-jarigen leeftijd namen de verschijnselen een aanvang. Jacob meende aan appendicitis te lijden, wilde de doktoren, die dit ontkenden, niet gelooven en wenschte voor zijn kwaal alleen pap te eten. Dit hypochondrische denkbeeld nam steeds in omvang toe. Hij meende, dat er twee spelden in zijn keel zaten, klaagde ook over een vreemd gevoel in zijn achterhoofd, dat hij aanduidde met „zwikken en kraken", alsof er spelden in zijn hoofd zaten. Hij had wel eens met een speld zitten spelen, deze dicht bij zijn hoofd gehouden en vreesde nu, dat de speld in zijn hoofd terecht gekomen was. Hij hilde soms van de pijn in zijn beenen, wilde daarom niet meer voetballen.

Tijdens de verpleging winnen de hypochondere denkbeelden voortdurend aan inhoud. Hij zegt, dat hij een krommen neus heeft en daarom net zoo'n beugeltje moet hebben als kinderen, die wegens kromme beenen een beugel moeten dragen. De medicus ziet

er zoo goed uit, die zal wel 100 jaren worden; hij wordt niet eens 20 jaar.

Langzamerhand meent hij ook, dat er wormen in zijn eten en ooren zitten en splinters in zijn bed en zijn eten aanwezig zijn.

De andere verschijnselen blijven vager en meer op den achtergrond. De laatste jaren zou hij meermalen onverklaarbare verdrietige buien hebben gehad. Hij zou zich steeds meer teruggetrokken hebben en tijdens de verpleging in de Valeriuskliniek huilt en steunt hij bij voorkeur in de avonduren; klaagt dan, dat hij nooit meer beter zal worden.

Epicrise:

Op den achtergrond van allerlei vage, weinig geprononceerde klachten is hier het sterk uitgesproken zijn van één enkel verschijnsel. Dit hypochondere waandenkbeeld, dat aanvankelijk als een onschuldige vrees ziek te zijn en aan een appendicitis te lijden zijn intrede doet, blijft later in een veel meer uitgegroeiden vorm het ziektebeeld beheerschen.

In 1927 voor het eerst opgenomen, handhaaft hij zich, hoewel niet genezen, tot 1932 in de Maatschappij, om daarna voor goed zijn intrede in een inrichting te doen. Naast autisme, impulsieve handelingen en apathie, staat nog altijd het hypochondere waandenkbeeld met de gedachte, dat zijn darmen naar boven zijn gehaald en hij van binnen verrot is, in het centrum van het ziektebeeld.

Geval IV. Reg. Nr. 9152.

Willem is altijd stil van aard geweest, niet eenzelveig, had wel vrienden. Hij was zeer precies, reageerde traag, was niet wantrouwend en kon goed leeren.

De vader van Willem is wegens Schizophrenie enkele malen verpleegd geweest.

Op zijn 14e jaar ontstonden vergiftigingsideeën. Hij meende, dat zijn vader en tante (de moeder is overleden) vergif in zijn eten deden. Hij ging aan de burens vertellen, dat ze hem thuis wilden vergiftigen.

In dezen toestand wordt hij opgenomen. Hij vertelt over de vergiftigingsplannen van zijn vader. Deze kijkt hem vaak zoo eigenaardig aan. Willem is erg bang voor zijn vader. Daar de zaken thuis niet goed gaan, meent hij, dat zijn vader hem uit winstbejag wilde opruimen.

Hij had ook wel eens het gevoel, dat zijn hoofd dikker werd en opzette. Vaak was hij bang, dat hij tegen den „Heiligen Geest” gezondigd zou hebben.

Daaar Willem in de kliniek rustig en gemakkelijk toegankelijk is, contact zoekt met zijn medepatiënten en geen duidelijke schizoprene stoornissen vertoont, durft men de diagnose Schizophrenie

niet aan. Na een maand wordt hij naar huis ontslagen en nu handhaaft hij zich gedurende $1\frac{1}{2}$ jaar zonder merkbare afwijkingen.

Dan ontwikkelt zich geleidelijk aan weer een paranoïd waansysteem. De vader en de baas zouden een complot gesmeed hebben, met de bedoeling hem uit den weg te ruimen. Alles kwam hem verdacht voor. Hij meende, dat er een bandietenvereeniging bestond, waartoe bijna iedereen uit zijn woonplaats zou behooren, behalve één boer, op wiens dochter hij verliefd was.

Hij durfde den laatsten tijd niet meer naar zijn werk, durfde ook niet meer alleen zijn, wilde altijd met zijn kleine broertje samen zijn, verschool zich achter hem, om beveiligd te zijn tegen dreigend gevaar. Wanneer hij 's nachts iets hoorde, riep hij: „Daar komen ze al, om mij te vermoorden”. Hij probeerde zich met een mes te beveiligen, wilde dat ook niet meer afgeven.

Men had hem laten opnemen, omdat de bandietenvereeniging bang zou zijn, dat hij haar aan de politie zou verraden.

Daar na enkele weken dit paranoïde waansysteem verflauwt en hij er zelf geen realiteitswaarde meer aan toekent en er een behoorlijk affectief rapport met hem mogelijk is, wordt hij weer, zonder dat men de diagnose Schizophrenie stelt, naar huis ontslagen.

Een jaar lang handhaaft hij zich nog in de maatschappij, waarna het schizophrene ziekteproces in volle hevigheid uitbreekt. Terwijl aanvankelijk dus alleen maar enkele malen een snel verbleekend paranoïd waansysteem optreedt, komt op een gegeven moment het proces in tallooze verschijnselen naar buiten, hallucinaties, verwarden incohaerenten gedachtengang, waandenkbeelden, grimasseeren, negativisme, aggressiviteit, etc.

Vanaf 1932 is patiënt in constante gestichtsverpleging.

Geval V. Reg. Nr. 263.

In dit geval, dat ook reeds door *Rümke* werd gepubliceerd en waarbij *Rümke* aan de mogelijkheid van een „Manie des dégénéérés” dacht, staat de neiging tot sterke phantasicën en confabulaties op den voorgrond.

Op 14-jarigen leeftijd trad de ziekte op. Jan wilde werktuigkundige worden, verzaagde en vernielde alles in zijn omgeving. Hij zou een vliegmachine maken, die gelijktijdig geschikt zou zijn voor lucht, water en ijs. Nederland moest de heele wereld in bezit krijgen. Daartoe moest het omringd worden door een hoogen steenen muur van 5 M. dik en 10 M. hoog. Vooraf moest dan een plaatijzeren muur gebouwd worden, om daarachter ongestoord den steenen muur te kunnen plaatsen. De Koningin zou dan een groot kasteel moeten bouwen en daar alle vorsten uitnoodigen. Als deze vorsten binnen de muren van het kasteel zouden zijn, zou de Koningin hen allen gevangen kunnen laten nemen en dan was

Nederland in het bezit van de geheele wereld. Om geld voor dezen muur te verkrijgen, kon men Indië verkoopen.

Een anderen keer had hij weer een ander verhaal over de verdediging van Amsterdam. Er moest een onderaardsche verbinding van gewapend beton met valluiken en sluizen komen van de zee met Amsterdam. De oorlogsschepen zouden dan direct van de Noordzee Amsterdam kunnen binnenvaren. Daarover wilde hij eens met de Koningin en de ministers gaan spreken en er moest nu een stuk worden opgemaakt, dat hij de ontwerper van het plan was. Soms meende hij Napoleon te zijn en eens noemde hij zich Jezus Christus. Hij is in zijn psychotische phase zeer druk en onhandelbaar, schreeuwt, scheldt en spuwt en is incontinent. Naast maniereeren en grimasseeren zijn er lichte hallucinatoire belevingen, vooral op visueel gebied en nu en dan is hij verward in 't spreken.

Na $\frac{3}{4}$ jaar verpleging wordt hij hersteld ontslagen.

Na zijn ontslag is hij vrij snel naar zijn vader in Amerika vertrokken en nooit meer in Holland terug geweest.

Rümke achtte in dit geval de mogelijkheid van een „Manie des dégénérés” niet uitgesloten.

Het na-onderzoek moest zich beperken tot navraag bij de familie, daar patiënt vanaf zijn 15e jaar in Amerika verblijft. Hoewel geen verpleging nadien meer heeft plaats gevonden, wordt hij toch als zonderling beschreven. Hij is wel altijd in staat geweest zijn brood te verdienen, maar wilde nooit trouwen, omdat hij de vaste overtuiging had, dat de menschheid in het laatste der dagen leefde.

Het geheele ziektebeeld, waarin ontegenzeggelijk vele schizophrene trekken aanwezig zijn, en de genezing met defect, spreken m.i. het meest voor een kinderschizophrenie, hoewel een Manie des dégénérés niet met zekerheid is uit te sluiten.

Geval VI. Reg. Nr. 3493.

Er zijn zeer geringe hereditaire momenten aanwezig. Een oudtante wordt in een inrichting verpleegd.

Volgens zijn vader is Kees altijd een zeer moeilijke jongen geweest. Hij was niet op te voeden; had, hoewel komend uit een zeer beschaafd milieu, slechte manieren. Hij had buien van zinnelooze drift, waarin hij zijn eigen zin ten allen tijde doorvoerde. Vrienden had hij nooit en contact met menschen evenmin. Meestal bemoeide hij zich met niemand en trok zich vaak terug in zijn boeken. Op 6-jarigen leeftijd ging hij naar school, doch kon moeilijk meekomen, daar hij slecht sprak. Na het jaar daarop geheel bijgewerkt te zijn, werd hij één der beste leerlingen, die zeer ijverig werkte. Toch durfde zijn vader hem niet naar de H. B. S. te sturen, daar hij te nerveus was.

Volgens de familie is Kees nooit heelemaal normaal geweest.

Op 14-jarigen leeftijd werd hij suffer, leerde niets meer en zat voor zich uit te staren. Zijn stemming werd humeurig. Er waren geen hallucinaties of paranoïde denkbeelden.

Bij opneming in een Psychiatrische Inrichting vermoedde men reeds de diagnose Schizofrenie.

Langzamerhand ontwikkelde zich steeds meer een verwarde gedachtengang. Bij opneming in de Valeriuskliniek, eenige weken na het ontslag uit het Sanatorium, heeft hij een sterken rederang met verhoogde afleidbaarheid.

De zinnen zijn volkomen onsamenhangend en de gedachtengang is incoherent.

„Wat is het verschil tusschen een fiets en Eeuwigheid, wat is het verschil tusschen God en een politieagent?” Op de vraag, of hij uit Groningen komt, antwoordt hij: „Waarom zal ik uit Groningen voortgesproten zijn, uit Enschede, uit Eva en Adam gesproten zijn? Er zijn twee krachten, de ééne zal het altijd van de andere winnen. Het beste weten kenmerkt zich door het kenmerkingsvermogen, kennisvermogen, kenvermogen”.

Er zijn geen katatone verschijnselen, geen paranoïde gedachten en geen hallucinaties.

Voor de verpleging is deze patiënt zeer moeilijk en ontoegankelijk. Hij defaceert in zijn broek, smeert, is zeer druk en bewegelijk en verzet zich tegen alles.

Na eenige maanden wordt hij naar een inrichting overgeplaatst, waar hij na 13 jaar verpleging aan een longtuberculose overlijdt.

Wanneer men den kinderlijken vorm der Schizofrenie naast den praepuberalen stelt, dan ziet men enkele merkwaardige verschillen.

Men kan nog in geen van deze laatste gevallen typische invloeden van de puberteit constateeren. Toch leveren ze een ander beeld dan de Schizofrenieën die uitbreken voor het 10e à 11e levensjaar.

Bij de kinderschizofrenie zien we in bijna alle gevallen een meestal langzame achteruitgang der psychische activiteit en een zich meer en meer terugtrekken van de omgeving en opsluiten in eigen wereld.

Daarnaast is het kind meestal zeer moeilijk voor de opvoeding.

Naast deze meer algemeene verschijnselen zou ik de symptomen in 3 groepen willen rangschikken:

1. Het gevoel van zelf lichamelijk anders te zijn en van een verandering in de omgevende buitenwereld.

„'t Hoofd wordt dikker en zwelt”, „zwikken en kraken in het hoofd”.

„Het niet meer weten, hoe de trap af te komen, of hoe het bed uit te komen, etc.”.

Ook de dubbelbelevingen, die in geval II zoo duidelijk naar voren komen, zou ik hieronder willen rangschikken.

2. Allerlei katatone verschijnselen.

Men zou kunnen zeggen, dat de katatone verschijnselen directe symptomen zijn. Ze komen in alle perioden van het leven op gelijke wijze voor, zoowel bij het heel kleine kind, als wel bij den volwas-sen patiënt, zonder dat in deze verschijnselen typische leeftijdsver-schillen te herkennen zijn.

3. Phantasieën en confabulaties.

Het is niet vreemd, dat we deze verschijnselen bij psychosen in de kinderjaren ontmoeten. De vage grenzen tusschen werkelijkheid, droomwereld en phantasie, de typische structuren der kinderwereld, waarin sprookjesverhalen, wonderen, etc. volkomen binnen de grenzen der mogelijkheden vallen, geven aan de phantasieën en confabulaties een normale plaats in het kinderleven. Dat dit in psychotische toestanden, waarbij normale remmen wegvallen, op extreme wijze uitgroeit, lijkt ons niet verwonderlijk.

De praepuberele beelden vormen eigenlijk een overgang naar de puberteits- en volwassen Schizofrenie.

Op den vagen achtergrond van meer algemeene verschijnselen, bij den een meer aanwezig dan bij den ander, een daling der psychische activiteit, veranderingen in het stemmingsleven, angst, onhandelbaarheid, schreeuwen, schelden, spuwen en smeeren, komen nu meer bepaald uitgesproken verschijnselen te voorschijn.

In het typische van de puberteit, in de ontdekking van een eigen binnenwereld, die gescheiden is van de buitenwereld, ligt de mogelijkheid van reflexie. De veranderde gevoelens in de lichamelijke sfeer worden in deze reflexie verwerkt tot hypochondrische denk- en waandenkbeelden.

Het kind constateert een zwelling of dikker worden van het hoofd, of een veranderd gevoel in de keel; de puber meent, dat een ziekte aan deze verschijnselen ten grondslag ligt.

Het kind ruikt aan de flikjes, gelooft, dat het geen flikjes zijn; de puber meent, dat er vergif in de flikjes zit en dat de omgeving hem wil vergiftigen.

Het anders staan van kind en puber in de gemeenschap geeft aan den puber de mogelijkheid tot vorming van paranoïde denkbeelden. Pas in de puberteit vindt de volledige scheiding tusschen ik en gemeenschap plaats. Tot het 2e en 3e jaar zien we, dat de grenzen van de wereld van het kind en de buitenwereld nog niet streng getrokken zijn. Na dezen leeftijd heeft wel een afgrenzing plaats gevonden maar de beleving van het „dit is mijn wereld en

dat is de buitenwereld" vindt pas plaats in de puberteitsjaren. Hiermee hangt het gevoel van groote eenzaamheid samen, maar ook de behoefte aan het alleen zijn en de eigen kamer, het zich terugtrekken uit den familiekring, etc. Pas, wanneer dit ontwikkelingsproces begint door te breken, pas dan is het ook mogelijk, dat het kind zich verhoudt tot de buitenwereld, pas dan kan in de gedachten van het kind de buitenwereld zich tegen hem keeren.

Het kind kan in een groote angst voor zijn vader leven, bij den puber bestaat de mogelijkheid deze angst om te zetten in paranoïde denkbeelden.

Het syndroom van licht maniakaal gedrag, gepaard aan phantasieën en confabulaties, blijft ook in de overgangsfases van kind naar puber een plaats innemen.

In geval VI staat de incoherente gedachtengang op den voorgrond. Dat treft men in geringe mate ook reeds aan in de kinderjaren, neemt bij stijgenden leeftijd aan frequentie toe.

Hoewel in dit materiaal geen katatone trekken in de praepuberale phase zijn verwerkt, is het katatone beeld niet zeldzaam. *Raecke* beschrijft in het *Arch. für Psych.* 45 („Katatonie im Kindesalter") enkele katatone beelden tusschen 12 en 14 jaar. Hallucinatoire belevingen treft men heel zelden aan op dezen leeftijd.

Als typisch voor de praepuberale schizofrenie mag dus gelden:

1. Een meer gedifferentieerd beeld dan bij den kinderlijken vorm van Schizofrenie.
2. Dikwijls één enkel verschijnsel zeer geprononceerd bij een bijna volkomen gemis aan andere symptomen. Hierdoor is het dikwijls moeilijk, de diagnose Schizofrenie te stellen. Er bestaat vaak een meer of minder monosymptomatisch beeld.
3. Omvorming der verschijnselen door het aanbreken der psychische puberteit.
4. Zeldzaam voorkomende hallucinatoire verschijnselen en wanneer aanwezig, meer op visueel dan op acustisch gebied.

De prognose was in 3 der gevallen volkomen infaust. Heel snel na het eerste optreden der verschijnselen zag men een volkomen „Verblödungsproces".

Slechts het beeld met het syndroom der Manie des dégénérés gaf een gunstiger prognose. Dit was juist ook het geval, waarbij *Rümke* in een vroegere publicatie de mogelijkheid van een ander ziekteproces niet wilde uitsluiten.

C. PRAEPUBERALE VORMEN DER SCHIZOPHRENIE MET PSYCHOPLASTISCHE KLEURING DOOR DE PUBERTEIT.

Het lijkt mij nuttig, enkele ziektegeschiedenissen uitvoerig te beschrijven, daar in deze beelden allerlei aanknoopingspunten aan-

wezig schijnen voor het aannemen van een Psychogene psychose, terwijl het ziekteverloop ons leert, dat een schizophreen proces zich hierachter verbergt.

Geval VII. Reg. Nr. 6054.

Dit geval werd in de publicatie van *Rümke* („Psychosen bei Kindern“) beschreven, en hoewel *Rümke* de mogelijkheid van een schizophreen proces niet durfde uitsluiten, achtte hij toch een Psychogene psychose het meest waarschijnlijk.

Ali is een meisje van ongeveer 13 jaar, hij wie de eerste menstruatie nog niet is opgetreden.

De moeder heeft op haar 14e jaar, eenige maanden vóór het begin der menses, een zeer angstige, emotioneele phase doorgemaakt, die volledig herstelde na de eerste menstruatie.

De ouders zijn gescheiden, daar de vader ernstige exhibitionistische neigingen had, waardoor hij met de politie in aanraking kwam.

Ali is altijd een lastig kind geweest, steeds nukkig en slecht gehumeurd, nooit vrolijk en tevreden. Haar intellect was behoorlijk en ze speelde goed piano.

Twee weken voor de opneming zou ze geschrokken zijn van een vechtpartij op straat. Daarna geraakte ze geheel in de war. Ze werd huilerig en op aandringen van de moeder vertelde ze, dat de meisjes op straat geregeld met haar spraken over een buurvrouw, die zwanger was. Zij kwam ook geregeld met haar handen onder haar rokken en was nu bang, dat ze een dikken buik zou krijgen, omdat ze dat gedaan had. Tegen iedereen zei ze de laatste weken: „Wat word je dik“ en wees dan vooral naar de borsten.

De laatste dagen wilde ze ook onophoudelijk haar tweeden vader en moeder zoenen, vloog hen om den hals, liet ook haar kleine broertjes en zusjes niet los. Wanneer deze kinderen zich verzetten tegen de al te groote aanhankelijkheid, zei ze: „Zie je wel, ze houden niet van me“. Ook tegenover haar vriendinnetjes vertoonde zij dezelfde neigingen. Haar moeder moest den geheelen dag bij haar zijn. Ze hilde, als haar moeder even weg was en was niet van haar af te slaan.

Ze had lichte paranoïde ideeën. Bij ieder fluitje van een boot gilde ze: „Ze komen mij halen, ze brengen me heel ver weg“. Als er een vliegmaschine voorbijvloog, of als er geklopt of gebeld werd, vloog ze op. In een schaduw op den muur zag ze een kerel, die haar zou komen halen.

18 November 1924 wordt patiënte opgenomen.

Aan de aantekeningen van de ziektegeschiedenis ontleen ik het volgende:

18 Nov. '24: Pat. is bij de opneming niet van haar moeder te scheiden; gaat schreeuwend „Moedertje, o moedertje“ met de zus-

ter mee. Op zaal loopt ze steeds uit bed, gaat naar andere patiënten toe en vraagt, of ze hen zoenen mag. Ze laat zich op den grond vallen, klimt op den stoel en het ledikant om het raam uit te kijken.

19 Nov.: Ze roept veel om haar moeder: „Moeder, kom toch hier als 't U blijft. Als U niet gauw komt, dan is het te laat”. „Die vrouw, die met mij geslapen heeft, die verandert zoo, dat was een man, geloof ik”. „Mij willen ze doodmaken, ze pijnigen mij eerst”.

21 Nov.: Vraag: „Waarom ben je hier gekomen?” — „Om beter te worden, dokter!”

Vr.: „Wat scheelt je dan?” — „Ik geloof asthma, ik weet niet anders. Moeder zegt ook, dan word je heelemaal beter”.

Vr.: „Was je den laatsten tijd net als vroeger?” — Ze begint te lachen en zegt: „Ik kon niet bukken en niet vegen als vroeger”. Ze zit voor zich uit te staren en zegt eindelijk: „Ik dacht, dat ik ziek was, ik weet niet wat!”

„Ik zei wel eens: „Ga weg Ciska, duvel op meid”. „Ik kon niet werken, ik wou mijn moeder zoenen, ik hield zooveel van haar. Alles was zoo vreemd in huis, de kachel brandde niet zoo goed, uit alle huizen kwam rook en niemand keek naar mij op straat, iedereen spuwde gewoon op den grond. Iederen keer hoorde ik van die nare geluiden, gestommel tegen de muren en gooien met blikjes en hout. Er was ook geen goede lucht meer in huis zooals anders, het rook naar kolendamp. Alles veranderde zoo. Den spiegel zag ik niet meer en ik zag allemaal schilderijen”.

Vr.: „Waarom kom je hier?” — „Om bidden te leeren, de zusters zullen me leeren bidden. Ik houd van mijn tweeden vader 't meest, nog meer dan van U. Mijn tweede vader is aardiger dan mijn eerste vader”. „Ze maken me dood. Ze martelen me”.

Vr.: „Wie?” — „Een man”.

Vr.: „Welke man?” — „Die bij mij in mijn kamertje heeft geslapen”.

Vr.: „Hoe ziet hij er uit?” — „Hij verandert telkens. Misschien is het ook een vrouw, ik weet het niet”.

Begin December: Pat. is over 't algemeen zeer onrustig, gooit zich uit bed op den grond, neemt gepassioneerde houdingen aan, spuwt op den grond. Ze lacht veel en vraagt, of ze de zusters zoenen mag.

De geheele maand December blijft de toestand vrijwel stationair.

14 Jan. '25: Ze scheldt den behandelenden arts uit. „Ik heb met jou niets te maken, rotzak; ik laat mij niet uithooren; ik ben gewoon, dat zie je toch”. Schreeuwt zonder uitdrukking, is affectief niet te beïnvloeden.

Tot aan haar overplaatsing naar een Inrichting op 12 Februari 1925 blijft het moeilijk, contact met patiënte te krijgen. Soms is ze wat rustiger, antwoordt dan op vragen; zegt, dat ze gewoon

is en naar huis wil. Soms lacht ze om grapjes en geeft eenig contact. Dikwijls weigert ze iets te zeggen. Ze wil weg en zit vaak met een woedend gezicht voor zich uit te kijken. Wanneer men met haar spreekt over al het gebeurde en over de geluiden, die ze hoorde, zegt ze wel zich alles te herinneren, maar nu niets er meer van te bemerken.

Tijdens haar verblijf in de Valeriuskliniek schrijft ze een eigenaardig briefje:

„Zusters en dokters en mensen”.

„Zusters, ik was den laatsten tijd erg naar en dat kwam omdat ik me zoo zwaar voelde. Ik had daarvoor erg vies gedaan en ik had met mijn hand aan mijn dingetje gevoeld en dat had ik heel dikwijls gedaan en Sannie was toen denk ik nog 8 jaar, die heeft mij zijn dingetje laten zien. Ik vond het heusch erg mal en ik heb met mijn vinger in mijn dingetje gezeten en dat heb ik toen niet meer gedaan. Ik vond het fijn en toch verschrikkelijk. Ik heb er veel spijt van, al zeg ik het zelf. Mijn moeder zal het ook wel eens gezien hebben denk ik, want anders had ze mij niet hierheen gestuurd. En ik keek altijd naar mijn buik en ik dacht, wat word ik toch dik. Toen ben ik er mee opgehouden en ik hield ook mijn water er voor in en ik sliep altijd even laat. Ik heb er nu vreeselijk spijt van want nu kom ik op de gedachte dat het heusch niet mag. Ik dacht maar altijd, hoe komt het toch, dat ik dat bloed nog niet heb gehad. Mijn moeder zei altijd, dat komt wel. Mijn nichtje had het altijd. Ik ging altijd veel mijn moeder opzoeken want ik was den laatsten tijd erg naar en toen dacht ik, dat komt er nu van. De zusters hebben me fijn geholpen. Want nu denk ik of liever hoop ik dat ik nu naar moeder mag. Ze keken den laatsten tijd erg naar mijn buik. Ik heb er veel spijt van. Ik wil naar mijn moeder. Ik heb mijn moeder erg veel verdriet er mee gedaan. Laat U als 't U blijft mij daarom genezen, ik zou daar erg dankbaar voor wezen, want dan weet ik dat ik naar huis toe ga. Ik was den laatsten tijd erg ziek, maar ik wil wel dat de dokter me als 't U blijft geneest. Ik was altijd het liefst bij mijn moeder, want mijn moeder en mijn vader houden veel van mij.

Patiënte wordt nu een jaar in Santpoort verpleegd, waarna ze hersteld wordt ontslagen. Tijdens haar verpleging vertoont ze kataleptische verschijnselen en verkeert soms in een stupor. Soms is ze geheel autistisch, negativistisch en mutistisch. Er is zeer moeilijk contact met haar te verkrijgen; huil- en lachbuien wisselen elkaar af. Over het algemeen is zij geremd, lusteloos en onverschillig ten opzichte van haar omgeving. Geleidelijk aan wordt zij beter. Thuis zijnde met proefverlof, komt de menstruatie. Daarna herstelt zij volkomen.

In Santpoort aarzelt men tusschen Hysterie en Katatonie. Na het volledige herstel, nadat de menses ingezet hebben, neigt men het meest er toe, de psychose hiermee in verband te brengen, vooral ook omdat bij de moeder een dergelijk procédé zich zou hebben afgespeeld.

In de litteratuur treft men ook enkele gevallen aan, waarbij een psychose zou samenhangen met het optreden der eerste menstruatie.

Rümke bespreekt uitvoerig de redenen, waarom hij deze psychose binnen de grenzen der Psychogene psychose een plaats wil geven.

Er zijn inderdaad verschillende psychogene momenten naar voren te halen:

1. Constitutioneel bestaat misschien een neiging tot vroegtijdig optreden der sexualiteit of een perverse ontwikkeling hiervan, daar bij den vader duidelijk perverse trekken aanwezig zijn.
2. De zwangerschap van de buurvrouw schijnt bij dit meisje en haar vriendinnetjes tot allerlei gesprekken over dit onderwerp aanleiding geweest te zijn.
3. Schuldgevoelens over masturbatorische handelingen en sexueele spelletjes met haar broertje.
4. Vele gedachten over het nog niet optreden der menstruatie.

De brief, dien zij tijdens haar verpleging schrijft, wijst ook geheel naar een psychogenen wortel: Allerlei uitdrukkingen: „ze houdt meer van haar tweeden vader dan van haar eersten vader”, „er is een man bij haar op de kamer geweest, of misschien ook wel een vrouw”, wijzen naar complexen, waar het geheele sexueele probleem doorheen schemert.

Toch wijst Rümke reeds op enkele verschijnselen, die aan de mogelijkheid van een procespsychose doen denken. Patiente ziet een man, die haar komt halen; als ze een boot hoort, meent ze weggevoerd te zullen worden; er is kolendamp in huis, etc. Ook het gedrag tijdens de verpleging met het sterke decorumverlies, het dikwijls aggressieve optreden en het moeilijke contact wijzen in de richting van de Schizophrenie.

Ik was in de gelegenheid, dit geval na 1925 tot heden verder te volgen.

Reeds Kraepelin wees op de noodzakelijkheid het „Verlauf” en de „Ausgang” mede te betrekken in de omgrenzingsproblematiek der Schizophrenie.

In October 1927 wordt patiënte voor de tweede maal in Santpoort opgenomen.

Tot kort voor haar opneming zou ze zeer goed en actief geweest zijn.

Tot Juni 1928 wordt zij verpleegd, waarna ze weer genezen wordt ontslagen.

Tijdens haar 2e verpleging twijfelt men niet meer aan de diagnose Schizofrenie. Het negativisme, de opwindingstoestanden, die afwisselen met stuporeuze tijden, het gemanieerde gedrag, de stereotype glimlach en onverklaarbare stemmingswisselingen geven aan de diagnose Schizofrenie een zeer groote zekerheid.

Daarna is patiënte weer 9 jaren goed, waarna in Maart 1939 weer een acute psychose uitbreekt. Ze maakt bij de opneming bezwerende symbolische gebaren met de handen over en rondom het hoofd. Ze wil den dokter met wijwater besprenkelen. „Het einde der wereld is nabij”. Haar gedachtengang is volkomen incoherent. „Ik heb een klein kopje eigen licht, ik heb een papegaai gevoerd”.

Een insulinekuur brengt geen verandering, maar cardiazolinjecties brengen een plotselingen omslag in de psychose teweeg. Heel snel daarna wordt zij ontslagen, volgens den arts met een duidelijke affectieve afstomping, volgens de familie geheel genezen.

Geval VIII. Reg. Nr. 4499.

Twee zusters van de moeder kregen in de puberteit aanvallen, die volgens de beschrijving meer een hysterisch dan een epileptisch karakter droegen. De vader van den vader en de moeder van den vader zouden ook aan absences geleden hebben.

Annie wordt beschreven als een kind met een normaal karakter, niet bijzonder opgewekt en niet zeer in zichzelf gekeerd. Ze heeft een zeer goed intellect. Op haar 14e jaar is de menstruatie begonnen.

Toen patiëntje net 15 jaar was geworden, werd ze geopereerd (appendicitis).

Een gesprek over zwangerschap en sexueele inlichtingen afkomstig van een ander meisje, brachten haar nu, in verband met haar eigen buikpijn, in de meening zelf zwanger te zijn. Door een gesprek met haar medicus scheen zij gerustgesteld. Zij sprak er niet meer over. Op school echter, waar zij altijd één van de beste leerlingen was geweest, ging het veel minder goed, zoodat zij heel spoedig de school verliet.

Van Mei tot December 1920 waren er verder geen klachten.

Daarna ontstonden er telkens vóór en tijdens de menstruatie enkele dagen, dat zij niet goed was. Zij meende dan, dat alles haar schuld was. Zij zou iets met haar broertjes en zusjes gedaan hebben op sexueel gebied. In die dagen sliep zij ook slecht.

Tot Maart 1921 was zij iedere maand enkele dagen niet geheel in orde.

Van Maart—September 1921 was haar psychische toestand geheel normaal.

In September herhaalden zich tijdens de menstruatie dezelfde

ideeën. In October eveneens. In November echter waren er geen afwijkingen tijdens het menstrueeren.

Begin December werd patiënte, zonder dat dit verband hield met de menstruatie, weer vreemd. Ze sprak geen woord, lag of zat met de oogen dicht, at zeer weinig en braakte soms. Na een paar dagen gelukte het den ouders er uit te krijgen, dat ze weer meende, iets met haar broertje of zusje op sexueel gebied te hebben uitgevoerd.

In dezen toestand bezocht patiëntje de Kinderpolikliniek van de Valeriuskliniek. Ze sprak niet, was passief kataleptisch, hield de oogen gesloten.

15 December wordt patiënte voor de 1e maal opgenomen.

Aan de aantekeningen van de ziektegeschiedenis ontleen ik het volgende:

15 Dec.: Ze geeft zelf een goede autoanamnese; vertelt, dat ze telkens fasen had, waarin ze wel precies wist, wat er gebeurde, maar waarin ze allerlei vreemde dingen dacht. Als ze een ongeluk in de courant las, meende ze, dat het haar schuld was. Ze durfde niemand op straat aankijken, omdat ze wel begreep, dat iedereen het wist. Op dezelfde wijze ontstond de gedachte van zwanger te zijn, etc. Zij onaneerde wel vaak en phantaseerde daarbij, dat er jongens, die zij goed kende, bij tegenwoordig waren.

Bij haar opneming is ze rustig en helder, heeft ziekteinzicht en praat volkomen geordend over haar eigenaardige verschijnselen.

29 Dec.: De menstruatie is begonnen. Pat. is onrustig en gejaagd, voelt zelf, dat er een bui op komst is.

2 Jan. '22: Pat. geeft bijna geen antwoord meer. Ze ligt geregeld te huilen; zegt, dat ze zeer slecht is en in de gevangenis moet. Met haar broertje en zusje zou ze verkeerde dingen gedaan hebben. Ook heeft ze gehuicheld tegen alle menschen. Ze zou niet geweten hebben, hoe slecht het eigenlijk was. Wat patiënte hiermee precies bedoelt, is niet goed uit haar te krijgen.

10 Jan.: Pat. ligt niet meer met gesloten oogen, reageert veel beter op aanspreken. Ze verzoekt zelf, om eens op te mogen staan. Ze is nog wel somber en er zijn nog wel schuldgevoelens. Thuis zou zij haar familieleden tegen elkaar opgestookt hebben. Ze weet niet zeker, of de dingen, waarvan ze zich beschuldigt, waar zijn. Het kan ook verbeelding zijn.

16 Jan.: Pat. is zeer opgewekt, levendig en mededeelzaam; zegt zelf, een heel ander mensch geworden te zijn. Ze vertelt nu, dat ze op haar 14e jaar een tijdje met een jongen geloopt heeft, van wien ze veel hield. Deze verhouding vond een eindpunt, toen hij naar een andere school ging. Door een vriendinnetje, aan wie ze heel erg gebonden was, zou ze op een nogal ruwe wijze sexueel voorgelicht zijn. Zij zag haar ouders, broertjes en zusjes in bepaalde sexuele verhoudingen, waardoor ze zeer onvrij tegenover

deze menschen werd. Haar ziekte zou aan deze feiten te wijten zijn.

25 Jan.: Patiënte blijft goed.

2 Febr.: 's Morgens bij het wakker worden uit ze weer zelfbeschuldigingen. Ze ligt met gesloten oogen, heeft geen contact met andere menschen. Ze spreekt heel weinig. Zij weet wel, dat ze vroeger ook die gedachten heeft gehad, maar ontkent, dat het ziekte zou zijn. „Mijn goede tijd is schijn en dit is werkelijkheid”.

De inhoud van de zelfbeschuldigingen is precies dezelfde als den vorigen keer. Er zouden tal van slechte dingen, ook met anderen, gebeurd zijn. „Iedereen bedrieg ik”.

4 Febr.: Pat. ligt nog in denzelfden toestand met gesloten oogen in bed. Ze wil niet eten.

6 Febr.: Onder voortdurende aansporing neemt ze voedsel tot zich.

13 Febr.: De aanval begint weer weg te trekken. Ze staat wel eens op, maar is niet aan 't spreken te krijgen.

17 Febr.: Hoewel de zelfbeschuldigingen grootendeels zijn geweken, maakt patiëntje nog een ietwat geremden indruk.

20 Febr.: Pat. is weer geheel normaal. Deze laatste aanval, die nu buiten de menstruatie om plaats vond, was voor pat. één van de hevigste aanvallen.

Zij kan niet geheel vrij komen van den slechten invloed, dien zij op haar omgeving uitoefent. Dat haar moeder slecht met haar grootmoeder opschieten kan en dat haar tantes aanvallen hebben, zou mede door haar invloed komen. Ook zou hierdoor haar vader haar moeder niet altijd met genoeg achting behandelen. Haar vader zou ook hartelijker tegen haar zijn dan tegen zijn eigen vrouw.

Men stelt de diagnose met eenige reserve op periodische ontstemmingstoestanden bij Psychopathie.

De 2e opneming vindt 19 September 1925 plaats.

Patiënte heeft in dezen tusschentijd perioden van 14—20 maanden gehad, dat ze heelemaal goed was; echter daartusschen door gelijksoortige aanvallen als bij haar 1e opneming in de Valeriuskliniek.

In September 1925 raakt ze zeer ernstig in de war. Ze voelt zich van alles de schuld. Er is een ziekte uitgebroken, die zij veroorzaakt heeft. Haar broer wordt een been afgezet. Ze wil bidden en naar de kerk, is angstig en loopt met suicideneigingen rond. Zij is incohaerent, aggressief, weigert voedsel.

In dezen toestand wordt patiënte opgenomen.

Zij is tijdens de verpleging zeer geremd, spreekt spontaan niets. Ze zou door electriciteit bewerkt worden. Ze vertoont woedeaanvallen en is nu en dan aggressief tegenover haar medepatiënten. Het is haar schuld, dat de geheele wereld vol bloed raakt. Een heeleboel menschen zijn door haar toedoen ziek gemaakt. Elken keer, als zij haar voet neerzet, gaat er één dood. Dit is de ver-

derfelijke invloed van haar. Zij heeft bloedschande over haar familie gebracht en ze zou omgang met haar broer gehad hebben.

Na deze opneming volgen na zeer korte tusschenpoozen thuis vele verplegingen. Aan de diagnose Schizophrenie wordt niet meer getwijfeld. Langzamerhand ontwikkelt zich een rijk gevarieerd schizopreen beeld.

Epicrise:

Evenals in het vorige ziektebeeld, lijkt het ook hier, alsof door onrijpe en onjuiste sexueele voorlichting bij een meisje, bij wie een masturbatiecomplex aanwezig is en bij wie misschien reeds meerdere oneffenheden op dit terrein zijn geweest, de innerlijke spanning in het begin der puberteitsjaren te groot wordt en een psychotische reactie optreedt. Het verdere verloop bewijst de onjuistheid van deze hypothese en laat ons zien, dat het schizophrene proces zich aanvankelijk schuil houdt achter tot op zekere hoogte begrijpelijke relaties.

Geval IX. Reg. Nr. 6954.

Als hereditaire momenten worden aangegeven, dat de vader misbruik van alcohol maakt en de familie van vaderskant vreemd en eigenaardig is. Maarten is altijd een kalme, stille jongen geweest, die veel op zichzelf geweest is. Hij zou zeer teergevoelig zijn, kon geen leed zien en was altijd erg huiselijk. De verhoudingen thuis zouden zeer slecht zijn. De vader treiterde en mishandelde de moeder en stond vaak met de vuisten dreigend voor den jongen. „Heb je nog last van de zenuwen?”

Een maand of 3 geleden begon hij te klagen over pijn in de liezen. Hij schreef een brief aan den huisdokter, dat hij zich ervan bewust was, dat het zijn eigen schuld was. Hij had het gevoel, dat alles uit zijn mannelijkheid wegliep, had pijn in den rug en pijn bij 't urineeren. Op een nacht begon hij te gillen: „Roep den dokter, knijp 't van onderen dicht, alles loopt van onderen leeg”.

22 Mei 1926 wordt patiëntje opgenomen.

Hij is volkomen rustig en gedraagt zich correct. Hij klaagt over pijn in het hoofd en in den rug en gelooft ruggemergstoring te hebben. Hij vertelt, een jaar lang tot 3 × daags toe gemasturbeerd te hebben, voelde zich vaak moe en mat. Vaak traden er polluties op na het ophouden met onaneeren. Meer en meer vestigde zich zijn aandacht op het genitale apparaat. In een boekje las hij, dat er verband zou bestaan tusschen onanie en ruggemergstoring. Hij meende, dat het sperma uit het ruggemerg kwam. Na een ophelderend gesprek met hem over de beteekenis der sexualiteit en de onanie is hij aanmerkelijk beter. Er is goed contact met hem mogelijk. Hij zou erg aan de moeder gehecht zijn en een onprettige verhouding met zijn vader hebben.

Herhaaldelijk wordt er in de ziektegeschiedenis op gewezen, dat er totaal geen aanknoopingspunten zijn voor Schizofrenie, behoudens een lichte indolentie.

Tijdens zijn verblijf in de Valeriuskliniek werkt hij hard aan zijn huiswerk voor school (hij zit in de 1e klas H.B.S.) en is hij prettig in den omgang met zijn medepatiënten.

18 Juni wordt hij ontslagen. Hij gevoelt zich bevrijd van zijn sexueele conflicten.

Na zijn ontslag gaat hij weer naar school, doch komt niet verder dan de 3e klas H.B.S. Daarna is hij kantoorbediende, magazijnbediende, gaat in dienst, etc. Behalve korte perioden van ontstemming is hij tot 1933 goed.

Na de verbreking van zijn verloving door zijn meisje, wordt hij neerslachtig. Hij klaagt over hoofdpijn, geeft vaak geheel geen antwoord, maar zit dan in stijve houding met gesloten oogen. Hij maakt dikwijls een angstigen indruk, roept: „ik heb geen rust”. Soms heeft hij aggressieve momenten, waarop hij met borden door de kamer gooit en zijn moeder uitscheldt. Hij loopt rond met suicide-gedachten, zou zich willen verdrinken, als hij dat meisje niet krijgt. Meermalen des daags wast hij zich en soms trekt hij 3 maal per dag schoon goed aan.

In dezen toestand wordt patiënt op 7 April 1933 voor de 2e maal opgenomen.

Aan de autoanamnese is het volgende te ontleenen:

Er zijn twee psychogene momenten te noemen, die hem uit zijn evenwicht gebracht zouden kunnen hebben.

1. Begint Maart kreeg hij ontslag uit zijn werk met ingang van 15 April. Dit viel geheel buiten zijn verwachting.
2. In zijn verloving waren moeilijkheden. Hij hield zich den laatsten tijd veel bezig met litteratuur op sexueel gebied, voelde zich groen op dit terrein en was bang ermee geplaagd te zullen worden. Nadat hij zijn meisje éénmaal op een onhandige wijze zou benaderd hebben, zou zij zich van hem teruggetrokken hebben.

Van de laatste dagen voor zijn opneming zou hij weinig herinnering meer hebben. Hij weet alleen nog, dat hij veel op bed lag, zich zeer moe en lusteloos voelde en behoefte aan slaap had. Nu zou hij weer veel helderder zijn.

12 April: Patiënt is rustig, in zichzelf gekeerd. Hij ligt overdag met zijn oogen dicht en heeft geen belangstelling voor zijn omgeving.

19 April: Hij is dikwijls depressief gestemd, geremd, moeilijk tot spreken te krijgen.

26 April: De geheele week heeft hij stuporeus in bed gelegen. Hij transpireert erg, heeft lichte temperatuursverhooging en seborrhoe in het gelaat.

3 Mei: Op een nacht heeft hij een aggressieve bui gehad; waar-

bij hij de zuster wilde aanvallen. Den volgenden dag zou hij hiervan geen herinnering hebben.

Patiënt is apathisch, ligt passief in bed, houdt de oogen steeds gesloten, spreekt spontaan niets, laat zich voeren. Er zijn lichte betrekkingsideeën. Wanneer hij zich beweegt, zou ieder in de zaal daarop reageren. De geheele maand Mei blijft hij apathisch, vertoont een wisselende stemming. Soms is hij iets actiever.

De daarop volgende maanden blijft de toestand ongeveer gelijk, waarna patiënt 5 October 1933 tegen advies naar huis wordt ontslagen.

De diagnose wordt gesteld op Hysterische psychose.

De psychogene opbouw van deze geestelijke aberratie lijkt zoo aanvaardbaar. Op het 15e jaar komt deze teergevoelige jongen, tengevolge van schuldgevoelens na veelvuldig onaneeren, tot de meening, dat een ruggemergsziekte het gevolg hiervan zou zijn. Onjuiste sexueele voorlichting versterkt hem in deze gedachte. Heel snel treedt genezing op na enkele psychotherapeutische gesprekken. Op zijn 23e jaar volgt weer een conflict, voornamelijk op hetzelfde terrein. De verbreking van de verloving, de onrijpheid op sexueel gebied, daarbij nog komend het ontslag uit zijn werk, kan deze eenzelvige, gevoelige jongen niet verwerken en op een gegeven moment treedt een dissociatie op. Hoewel er den eersten keer eigenlijk heelemaal geen positieve schizofrenie momenten aantoonbaar zijn, geldt dit niet voor de 2e opneming. De apathie, het nu en dan aggressief optreden, de katatone verschijnselen, het gedurende eenige maanden stationair blijven van den toestand zijn aanknopingspunten voor een schizofreen proces.

Inderdaad breekt na eenige jaren het schizofrene proces in volle hevigheid uit.

In een autistischen, verwanden toestand wordt patiënt in 1936 in Castricum opgenomen. Er is geen contact meer met hem mogelijk en er bestaat een ernstige ethische dementie.

Dit materiaal bestaat dus uit ziektegevallen beneden of op den leeftijd van 15 jaar, waarbij het ziektebeeld wel in meerdere of mindere mate psychotische verschijnselen vertoont, maar waarbij men de diagnose Schizofrenie niet aandurft. Er wordt getracht, het ziektebeeld binnen de grenzen der Psychopathie te trekken (periodische ontstemmingstoestand), men denkt aan de mogelijkheid van Epileptische uitzonderingstoestanden, Hysterie en Psychasthenie en vooral ook aan de mogelijkheid van een psychogenen opbouw der psychose.

Al deze twijfelachtige gevallen waren zonder één uitzondering het begin van een schizofreen proces. Daar het mogelijk was, het verdere levensbeloop van al deze patiënten te vervolgen, het-

geen in de meeste gevallen over een periode van 10—20 jaar plaats vond, kon met een bijna absolute zekerheid de werkelijke diagnose gesteld worden.

Misschien is het niet te straf gesproken, wanneer men zegt, dat geestelijke aberraties, beneden het 15de jaar, die niet qua symptomatologie zonder meer binnen de grenzen der Hysterie, Psychopathie of Psychasthenie vallen en waarbij geen lichamelijk lijden aan de geestesstoornis ten grondslag ligt, bijna zonder uitzondering tot de Schizophrenie gerekend moeten worden. Ook dan, wanneer schijnbaar een volledig herstel optreedt, blijkt de prognose op den langeren duur ongunstig te zijn.

DIFFERENTIAALDIAGNOSE.

1. *Symptomatische psychosen* komen op den kinderleeftijd voor en vertoonen vaak een schizopreen beeld.

Geval X, Reg. Nr. 2849. Leeftijd 10 jaar.

14 dagen na het begin van Spaansche griep is patiëntje psychisch vreemd geworden. Hij werd zeer rusteloos, wilde honderd dingen tegelijk doen: lezen, teekenen, kleuren, etc.

Hij sprak voortdurend, ook over zijn overleden grootmoeder. Tegen den onderwijzer van de Zondagsschool zei hij: „Nu begrijp ik alles, wat U zegt. Ik kan alles”. Hij zou ook met den Heer gesproken hebben. Hij was zeer beweeglijk en druk, vroolijk en opgewonden.

Op 11 November 1918 wordt patiëntje opgenomen in de Valeriuskliniek.

Aan de aantekeningen van de ziektegeschiedenis ontleen ik het volgende:

Hij is zeer beweeglijk en onrustig in bed. „Alle dekens zitten vol vlooien”. Hij doet, alsof hij het ongedierte van zijn hoofd afneemt en dood maakt. Tegen den dokter zegt hij: „Gaaf U maar naar huis, want anders krijgt U ook nog vlooien”.

Zonder ophouden spreekt hij aan één stuk door. „Hi, ha, zie zoo, nu ben ik rustiger, hoe langzamer, hoe gauwer dat het gaat. Zonder bril kan ik heelemaal niet zien”.

Voortdurend loopt hij uit bed, loopt de kamer rond, maakt alle kasten open; dwaalt van 't één naar 't ander, zonder zich met iets bezig te houden.

Zijn aandacht is zeer moeilijk te trekken, hij kan zich op niets concentreeren; op alles reageert hij zeer voorbijgaand.

Hij is niet georiënteerd. Hoe lang hij in het ziekenhuis is, weet hij niet; hij denkt, dat het 1 Juni of 3 November is. Het uur weet hij ook niet; „kwart voor 12 of kwart voor 2, maar geen avond”.

Hallucinatoire belevingen worden gedurende korten tijd waargenomen. Ook heeft hij persoonsverwisselingen.

21 Nov.: Hij is iets helderder, begint zijn omgeving meer op te nemen, weet, wie de doktoren zijn en dat de patiënten geen familieleden van hem zijn.

25 Nov.: Geheel georiënteerd; wordt verlegen, als men hem vraagt naar zijn ziekte. Hij is stil, doet vrijwel niets. De ouders vinden hem weer zooals vroeger.

8 Dec.: Patiëntje is weer veel onrustiger, herkent op plaatjes allerlei bekenden, gaat voortdurend uit bed de dekens glad strijken en pluisjes er uit halen. Hij heeft groote phantastische verhalen en confabuleert sterk: „Morgen ga ik naar Indië”. Vroeger zou hij ook al 20 jaar in Indië gewoond hebben. Daarna woonde hij in Rome. Hij doet er allerlei phantastische verhalen over. „Er waren daar prachtige cocosnoten. Die stonden op ijzeren stangen”. Hij is zóó sterk, dat hij wel 20 K.G. aardappelen dragen kan. „Toen ik één jaar was, kwam er een man. Ik gaf hem een stomp en ik had ook een geweer bij me”.

De temperatuur is verhoogd tot 38° C.

Na eenige weken verbetert de toestand. Na een korte pauze herhaalt zich echter de onrustige phase met confabulaties nog éénmaal, om dan definitief tot het evenwicht terug te keeren.

Nadien zijn er tot heden nooit meer psychotische verschijnselen geweest.

In de litteratuur komt herhaaldelijk naar voren, dat een schizophrene „Schub” uitbreekt na een infectieziekte. Soms kan het differentieeren dan ook uitermate moeilijk zijn. In dit geval wijzen het gedesorienteerd zijn en de zeer labiele concentratie duidelijk in de richting van een exogene reactie.

2. *Hysterie op den Kinderleeftijd.*

Behalve het hysterische karakter, dat hier differentiaal-diagnostisch niet ter sprake komt, komen uitgesproken hysterische reacties op den kinderleeftijd niet veelvuldig voor.

Geval XI. Reg. Nr. 57. Leeftijd 10 jaar.

3 maanden vóór de opneming heeft patiëntje roodvonk gekregen. Na een maand ontstond een complicatie met een nieraandoening, zoodat hij al heel lang bedlegerig was.

In den tijd van zijn ziek-zijn is de moeder bevallen. In de kleine éénkamerwoning heeft de jongen achter de gordijnen van een andere bedstede alles meegemaakt. Daarna heeft hij aanvallen gekregen waarbij hij met armen en beenen trok.

Bij de opneming op 2 Februari 1911 is patiëntje suf, somnolent. Hij ligt met gesloten oogen, steunt af en toe, maakt soms een knorrend geluid, of knarst met de tanden.

2 Febr.: Hij blijft somnolent, trekt vaak met armen en beenen en maakt met den vuist L. en R. rhythmische bewegingen.

10 Febr.: Hij wordt duidelijk helderder, staart niet zoo vaag meer; geeft, hoewel langzaam, antwoord op vragen. Hij maakt eenige loopoefeningen en spreekt spontaan.

12 Febr.: Nadat patiëntje den geheelen dag opgewekt is geweest, gespeeld en gepraat heeft, krijgt hij 's avonds $7\frac{3}{4}$ uur een aanval, waarbij hij buiten bewustzijn raakt. Hij begint snel en snuivend te ademen, staart met wijde pupillen, trekt niet met armen en beenen, reageert niet op speldeprikken of aanroepen. Na $\frac{3}{4}$ uur is de aanval voorbij.

14 Febr.: Hij vertelt, dat hij erg geschrokken is van de bevaling. Hij lag in dezelfde kamer. Toen hij zijn moeder had willen troosten, moest hij achter de gordijnen in de aangrenzende bedstede blijven. Hij vertelt, dat hij heel erg veel houdt van zijn moeder. Als hij over haar spreekt, schitteren zijn oogen. Zijn vader is vaak dronken en hij hielp zijn moeder in alles. 's Avonds krijgt hij weer een aanval als op 12 Februari.

16 Febr.: Bij het hooren van het bericht, dat zijn buurman gaat vertrekken, krijgt hij weer een aanval van 1 minuut.

Tot Mei wordt patiëntje verpleegd. De aanvalletjes, waarbij hij buiten bewustzijn geraakt, herhalen zich nog nu en dan en somtijds zijn er ook aanvallen, waarbij hij niet buiten bewustzijn geraakt, maar met groote oogen voor zich uit ligt te staren.

In zijn verdere levensloop hebben zich tot heden geen moeilijkheden of aberraties voorgedaan.

Behalve in deze hysterische accessen kan de Hysterie op den kinderleeftijd zich ook in andere vormen uiten, bijv. in astasie-abasie-verschijnselen.

In dit geval geeft de diagnose geen moeilijkheden. De kinderlijke vorm der Hysterie uit zich òf in hysterische karaktertrekken, òf wel in primitieve reactievormen, waarvan de hysterische aard niet moeilijk te onderkennen is.

3. *De Manisch-depressieve psychoser*, die op den kinderleeftijd uitermate zeldzaam zijn (ze worden in de litteratuur wel beschreven), kunnen moeilijkheden opleveren bij de differentiaaldiagnose. In de volgende hoofdstukken zal hier nog uitvoeriger op worden ingegaan, evenals op de afgrenzing ten aanzien der „Manie des dégénérés”.

Het moeilijkst te beantwoorden is de vraag, of er in de kinderjaren *psychogene psychosen* voorkomen. *Homburger* noemt ze niet in zijn „Vorlesungen über Psychopathologie des Kinderalters”; evenmin vindt men psychogene psychosen genoemd in het „Lehrbuch der Psychopathologie des Kindesalters” van *Benjamin, Hanselman, Isserlin, Lutz en Ronald*.

In de litteratuur treft men een heel enkele maal een psychogene psychose op den kinderleeftijd aan. In het begin van dit hoofdstuk noemde ik een heimwee- en een schrikpsychose vermeld door *Infeld*. Ik zou met *Rümke* een onderscheiding willen maken tusschen een psychogene reactie en uitgesproken psychotische toestanden met een gecompliceerde symptomatologie.

Psychogene reacties komen wèl voor op den kinderleeftijd; psychogene psychosen met een gecompliceerde symptomatologie niet.

De heimweepspsychose, die optrad na een ooroperatie, door *Infeld* beschreven bij een jongen van 11 jaar, heeft een eenvoudig beeld. De jongen was angstig, onrustig, liep voortdurend uit bed, kuste ieder de hand en smeekte voortdurend om ontslag.

De schrikpsychose ontstond bij een jongen van 15 jaar, na het bijwonen van een flauwte van de moeder. De jongen was den volgende dag volkomen sprakeloos en bewegingloos en reageerde nergens op.

In het eerste geval is de diagnose psychogene reactie wel absoluut zeker, daar de jongen oogenblikkelijk herstelt na het komen van de moeder.

In de eerste plaats is hier een duidelijk en heftig psychisch trauma aanwezig; in de tweede plaats een simpel, ongecompliceerd ziektebeeld, waarvan de verschijnselen direct in samenhang staan met het trauma (het voortdurend smeeken om ontslag); in de derde plaats is de psychose van korten duur.

De mogelijkheid van een acute psychotische reactie op een heftig trauma is dus niet uitgesloten. Den opbouw van een psychose uit de moeilijke verwerking van een innerlijk conflict acht ik in de kinderjaren vóór de puberteitsjaren, beneden den leeftijd van 15 jaar, vrijwel uitgesloten.

In de gevallen, onder groep C beschreven, lag het voor de hand, aan een Psychogene psychose te denken. Vooral in het 3e geval was er aanvankelijk geen enkel duidelijk schizophreen verschijnsel. En toch bleken al deze gevallen, ondanks de begrijpelijke relaties, beginnende schizofrenieën te zijn.

Hoe we deze laatste 3 gevallen zullen beschouwen, blijft min of meer hypothetisch. Heeft de schizophrene psychose den sexueelen opbloei van de puberteitsjaren vroegtijdig losgemaakt, zoodat in het psychotische beeld zich de sexuele conflicten op een heftiger wijze dan normaliter vermengen? In elk der 3 gevallen bestaat een masturbatiecomplex. In het laatste geval was dit zeer op den voorgrond tredend, werd er 3-maal 's daags geonaneerd. Het is bekend, dat men bij ernstige vormen van onanie aan de mogelijkheid van Schizofrenie moet denken.

Is ook de masturbatie in deze gevallen als een uiting van het

schizophrene proces te beschouwen, of moet men veel meer deze beide componenten los van elkaar zien?

Of ontmoet hier het schizophrene proces misschien een neurotisch reageeren van de beginnende puberteitsjaren en grijpt het nu deze locus minoris resistentiae aan, om er zich aan te uiten?

We hebben gezien, dat de kinderlijke vormen van schizofrenie vaak een zeer kleurloos beeld vertoonen. Een toenemende indolentie en daling van de activiteit, een langzaam verlies van contact met de buitenwereld, een verandering in het stemmingsleven, het gevoel, alsof men zelf of de wereld veranderd is, allerlei katatone verschijnselen, een verloop dikwijls in zeer kortdurende fasen met schijnbaar volledig herstel, vormen met een meer of minder groote onhandelbaarheid en decorumverlies het syndroom der kinderlijke Schizofrenie.

Dit beeld kan gecompliceerd worden door het zeer kinderlijke verschijnsel der pseudologia phantastica. Dit treft men vooral aan in die beelden, waarbij het stemmingsleven aan den verhoogden kant is.

Bij de praepuberele vormen was de inhoud van het ziektebeeld, hoewel minder rijk aan symptomen dan bij den puber en volwassene, toch kleurrijker dan bij het kind.

Mag men het nu zoo beschouwen, dat de innerlijke verwerking van één of ander conflict het schizophrene proces als 't ware naar dit verschijnsel toetrekt?

Men heeft soms de neiging, een parallel te trekken met somatische ziekten, waarbij ook de locus minoris resistentiae de plaats der ziekte kan bepalen en dus de symptomatologie. In geval IV ontstaat een paranoïd syndroom. De moeder is jong overleden en de vader werd enkele malen wegens Schizofrenie verpleegd. Willem is bang voor zijn vader. Deze zou hem vaak zoo eigenaardig aankijken. Wanneer we nu weten, dat de vader een lijder is aan Schizofrenie, dan is het niet onbegrijpelijk, dat een kind bang is voor het eigenaardige gedrag van dezen man.

In de puberteitsjaren ligt nu de mogelijkheid, dit als een innerlijk conflict te verwerken. De beginnende psychose breekt door in dat conflict, geeft het pathologische vormen en vormt het om tot een wanstaltig product.

Bij de drie gevallen, onder C beschreven, is het innerlijke conflict een sexueel conflict. De opkomende sexuele drang, zich uitend in de neiging tot masturbeeren, de schuldgevoelens hierover, de onrijpe, grove sexuele voorlichting, waardoor het kind eenig begrip der sexualiteit heeft gekregen, maar meestal volkomen onbekend is met de juiste verhoudingen, vormen met elkaar het typische puberteitsconflict. Juist bij psychosen, optredend om en bij het 15e jaar, zien we nu het schizophrene syndroom beheerscht door een pathologisch omgevormd sexueel conflict.

Dit leidt tot de onjuiste voorstelling van een Psychogene psychose. Wanneer begrijpelijke relaties aantoonbaar zijn, heeft men nog niet altijd een Psychogene psychose. In den aanvang der puberteitsjaren beginnen mogelijkheden te komen tot innerlijke verwerking der conflicten. Deze bereiken nog niet de drempelwaarde van een conflict, dat de continuïteit van het psychische leven op ernstige wijze verstoren kan; of men kan het ook zóó stellen, dat in het begin van de puberteit de dissociatiemogelijkheden nog niet zoo groot zijn, dat een psychisch conflict dit verstoren kan; of wel de verwerkingsmogelijkheden blijven in het begin der puberteit beperkt tot hoogstens primitieve psychotische ontladingen, zooals bij de Hysterische en bij de Heimweepsychosen.

Het is in ieder geval niet onmogelijk, dat de vaak nog vaag aangeduide conflicten de syndromen van de Schizophrenie van de praepuberteit en in het begin der puberteit bepalen.

Men kan hieruit de conclusie trekken, dat bij het naderen van de puberteit deze laatste vaak een psychoplastische beteekenis krijgt en het ziektebeeld de kenmerken der ontwikkelingsjaren draagt. Men hoede zich nu echter voor de vergissing, deze psychosen om dezen reden tot de Psychogene of Puberteitspsychosen te rekenen.

De naderende puberteit maakt van den kleurloozen vorm, dien de Kinderschizophrenie vertoont, een inhoudrijker beeld. Pas nadat de puberteit alle ontwikkelingsmogelijkheden van den mensch heeft blootgelegd, zien we in de schizophrene beelden de bekende rijke, gevarieerde en productieve verschijnselen optreden.



HOOFDSTUK III.

DE „MANIE DES DÉGÉNÉRÉS”

In de Hollandsche litteratuur treft men nu en dan den naam „Manie des dégénérés” aan, terwijl ik deze benaming in de buitenlandsche litteratuur nergens tegengekomen ben. De naam stamt van *L. Bouman*. Deze verstond onder het ziektebeeld een toestand, gekenmerkt door een maniakale stemming, licht tot sterk uitgesproken groothedsideeën, op den voorgrond tredende confabulaties en pathologische Einfälle (in den zin van *Bonhoeffer*) en een erfelijke belasting voor geestesziekten.

Voor zoover mij bekend, is *Rümke* de eerste, die dit ziektebeeld in de litteratuur introduceert. Hij voert in zijn „Ueber Psychosen bei Kindern, in Zusammenhang mit einigen Problemen der klinischen Psychiatrie betrachtet” den naam „Mania phantastica infantilis” in.

Men moet een scherpe onderscheiding maken tusschen dit syndroom als symptomencomplex bij verschillende ziekten en als autochthoon ziektebeeld.

Het is een syndroom, dat we veelvuldig tegenkomen in psychosen bij kinderen en ook in de puberteitsjaren treedt het nog wel op.

Geval V in het Hoofdstuk over Kinderschizophrenie is een mooi voorbeeld van dit symptomencomplex. We vinden daar allerlei uitbundige phantastische verhalen en confabulaties. Patiëntje, een jongen van 14 jaar, wil werktuigkundige worden. „Hij zou een vliegmachine maken, die gelijk geschikt zou zijn voor lucht, water en ijs, etc. Nederland moest de geheele wereld in bezit krijgen”. Uit het ziekteverloop meenen we de diagnose Schizophrenie in ernstige overweging te moeten nemen.

In geval X, een Symptomatische psychose, zien we hetzelfde syndroom naar voren treden, naast andere verschijnselen, die specifiek zijn voor de Symptomatische psychose. „Morgen ga ik naar Indië. Vroeger heb ik ook al 20 jaar in Indië gewoond. Daarna woonde ik in Rome. Daar waren prachtige cocosnoten, die op ijzeren stangen stonden”. Patiëntje is zoo sterk, dat hij wel 20 K.G. aardappelen dragen kan, etc.

Rümke zegt, het is geen ziekte sui generis, maar een bij jeugdigen en infantielen optredende vorm van psychose. Het degeneratieve uit zich in het episodische optreden van geestesstoornissen aan den eenen kant en in de vertraging van de algemeene ontwikkeling, een infantilisme, aan den andereen kant. Dit beeld zou eenerzijds grenzen aan de Manisch-depressieve krankzinnigheid, anderzijds aan de hysterische en psychopatische toestanden met pseudologia phantastica en de Degeneratiepsychosen.

Nu is het niet te ontkennen, dat er, hoewel zeer zelden, ziekte-toestanden op jeugdigen leeftijd voorkomen, die niet binnen de grenzen van de Schizofrenie op den kinderleeftijd vallen, en evenmin als Manisch-depressieve of Ontwikkelingspsychose kunnen worden gequalificeerd.

Wanneer de term Degeneratiepsychose niet tot zooveel misvatting had geleid en niet altijd nog een samenraapsel van zeer heterogene toestanden was, zou men de neiging hebben, deze toestanden binnen de grenzen van dit begrip te laten vallen. Daar deze toestanden zich bij voorkeur in den vorm van het bovengenoemde symptomencomplex openbaren, lijkt het mij gewenscht, den naam „Manie des dégénérés” te reserveeren voor de bedoelde geestelijke aberraties.

Twee ziektegeschiedenissen van patiënten, die ik tot de „Manie des dégénérés” of de „Mania phantastica infantilis” zou willen rekenen, wil ik hier laten volgen:

Geval XII.

Er zijn zeer veel hereditaire momenten aantoonbaar. De kinderen van een broer van den vader zijn niet normaal; één wordt in een inrichting verpleegd. Een broer van den vader en de vader van den vader waren alcoholisten.

De moeder is herhaaldelijk verpleegd geweest in psychiatrische inrichtingen en is in 1939 overleden aan tuberculosis pulmonum. Op 14-jarigen leeftijd werd de moeder voor de eerste maal in Santpoort opgenomen. Op 20-jarigen leeftijd werd zij eenigen tijd in een rusthuis verpleegd. In 1932 werd zij in de Psychiatrische-Neurologische Kliniek in Utrecht opgenomen. Als diagnose werd gesteld „Degeneratiepsychose”. In de ziektegeschiedenis staat vermeld, dat deze patiënte als levensdebiel moet worden beschouwd en niet opgewassen was tegen de situatie, waarin zij leefde. In het bijzonder wordt hierbij nog aangeteekend, dat er waarschijnlijk geen diepere stoornis aanwezig is dan een zeer degeneratieve bodem. In een inrichting, waar deze patiënte later werd verpleegd, werd de diagnose „Psychose bij debilitas mentis” gesteld.

Patiëntje Eugène heeft nog een jonger broertje, dat ook niet geheel normaal schijnt te zijn, maar plagerig en driftig is en sexuele aberraties vertoont. Eugène is altijd een zeer moeilijk kind geweest, nerveus, labiel, overgevoelig, druk en ongezeglijk. Zijn geheele ontwikkeling was aan den laten kant. Het loopen, praten en zindelijk worden waren laat. Hij leed aan stuipen, pavor nocturnus, slaapwandelen, hardop droomen en tics. Hij heeft reeds lang heel uitgesproken phantasieën. Op 4-jarigen leeftijd vertelde hij, dat er een beest in zijn buik zat, dat anders wilde dan hij. Wanneer hij iets stouts deed, zei hij altijd, „dat doe ik niet, maar dat doet dat beest, dat in mijn buik zit”. Als kind zag hij steeds

dieren langs zijn bed lopen. Hij houdt zeer veel van planten en dieren, spreekt ook met dieren en bloemen in het bosch. Door contact met een botanicus kent hij heel veel Latijnsche namen van planten uit zijn hoofd.

Aan de anamnese is het volgende te ontleenen:

Op 13-jarigen leeftijd werd hij ziek met hooge temperatuur. Hij had heftige hoofdpijn, aanvallen van plotseling in slaap vallen, ongemotiveerd huilen en een lichte verwardheid. Bij lichamelijk onderzoek vertoonde hij hooge reflexen en een sterke drukgevoeligheid van den schedel. De huisdokter, die eerst de diagnose op griep stelde, meende toch later, dat het een encephalitis zou zijn geweest. Na dien tijd was de jongen nog minder sociaal en moeilijker te regeeren dan vroeger.

Hij kreeg enorme driftbuien, sloeg zijn moeder en vertoonde allerlei antisociale neigingen. Hij stak een lampekap in brand, gooide een bord eten op den schoot van zijn tante om. Hij zou den geest van zijn oom hooren en de bloemen met elkaar zien spreken. Van zichzelf zeide hij, dat hij een wesp was, of de duivel, etc. Na een pak slaag deed hij een suicidepoging door middel van suspensie.

In dezen toestand wordt patiëntje 1 September 1932 in de Psychiatrische-Neurologische Kliniek in Utrecht opgenomen.

Hij is in een vroolijke stemming, springt van den hak op den tak, heeft een sterken rededrang. De engelen zouden met heel lichte stemmetjes hem allerlei dingen toefluisteren. Het was, alsof ze hem in slaap zongen. Hij ziet figuren en menschen; de muren van de kamer wijken dikwijls en dan gebeuren er allerlei wonderlijke dingen. Telkens weer vertelt hij allerlei phantastische verhalen. Een dienstmeisje had hem eens alleen gelaten in het bosch en toen kreeg hij een groote „zenuwprikkeling”. Alle mogelijke dingen stegen uit den grond, figuren en beesten, matrassen en bedden, zóó hel gekleurd, dat je oogen er pijn van deden. De beesten kwamen op hem af en pakten hem beet.

15 Sept.: Hij vertelt, dat hij thuis wel dikwijls erg moeilijk was. Dit was echter niet zijn schuld, maar van een man met bruine oogen, die het zijn moeder en zijn broertje en hem lastig maakte en hen allen probeerde te hypnotiseeren. Hij spreekt ook veel over een poetsmiddel, waarvan hij de samenstelling voor zichzelf wil houden, maar waar hij veel mee heeft gewerkt en waarmee hij een groot man hoopt te worden.

Na enkele weken wordt hij veel rustiger. Hij maakt een volkomen normalen indruk, heeft zin voor humor en reageert adaequaat op alles.

Daar zijn vader hem moeilijk thuis kan hebben, wordt hij 12 December 1932 naar Rekken overgeplaatst. In Juli 1933 wordt hij op verzoek van de familie naar het Paedologisch Instituut in Am-

sterdam overgebracht, waar hij in April 1934 een zeer kortdurende onrustige phase doormaakt.

In Mei 1934 herhaalt zich deze toestand, waarna Eugène in de Valeriuskliniek te Amsterdam wordt opgenomen.

Hij is motorisch zeer onrustig en vertoont een sterken reedrang. Er bestaat een sterke in- en uitwendige afleidbaarheid en een nivelleering van den gedachtengang. Er zijn vluchtige hallucinaties en „wahnhafte Einbildungen“. Hij spreekt over den duivel, die naast zijn bed staat en een grooten man, dien hij gezien heeft, etc.

22 Mei: Er zijn duidelijke paranoïde trekken te bemerken. Bij het begin van zijn ziekte had hij namelijk gemerkt, dat er gaten in den muur zaten. Hij ging toen zoeken, waar die gaten vandaan kwamen. Hij leefde ook in de veronderstelling, dat er menschen waren, die tegen hem samenspannen.

30 Mei: Patiëntje is volkomen adaequaat in zijn reageeren, vertoont spontaan geen hallucinaties of waanideeën.

7 Juni: Rustig, weinig reedrang.

13 Juni: Eugène is weer wat drukker, heeft een sterken reedrang, is zeer afleidbaar en bemoeiziek.

20 Juni: Druk spreken en schreeuwen. Hij maakt teekeningen van machines; zegt, dat hij uitvinder wil worden.

27 Juni: Patiëntje wordt weer rustiger.

5 Juli: Afwisselend druk en kalm. In het spreken nog lichte ontremmingsverschijnselen. Er zijn lichte paranoïde ideeën, n.l. dat andere patiënten hem zouden bewerken.

12 Juli: Rustig.

23 Juli: Patiënt vertrekt naar de Mr. Dr. Willem v. d. Bergh-Stichting in Noordwijk-Binnen.

In de Mr. Dr. W. v. d. Bergh-Stichting heeft hij fasen, dat hij onrustig is, steeds spreekt en rondloopt zonder aan het werk te blijven. Hij doet daar allerlei opvallende dingen, heeft bijv. zijn fiets helgeel gelakt.

Geestelijk zou hij wel iets achter blijven bij zijn leeftijdsgenooten. Zijn parate kennis is te gering, het oordeel gestoord en de concentratie zwak.

In Januari 1938 werkt hij regelmatig bij een monteur, die tevreden over hem is. Hij wordt vanuit het Paviljoen in het Arbeidsdorp geplaatst en bezoekt 's avonds de Ambachtsschool te Leiden. Hij volgt den cursus voor Instrumentmaker.

In October 1938 wordt hij overgeplaatst in gezinsverpleging. Gedrag en ijver zijn zeer goed. Er zijn geen moeilijkheden.

In October 1939 wordt hij op verzoek van zijn voogdes (de vader is intusschen overleden) ontslagen.

Hij wordt als leerling-machinebankwerker aangesteld en behaalt op de Avondambachtsschool zijn diploma.

Vanaf 1939 tot heden is Eugène een uitstekend werkmán, die zijn vak goed beheerscht. Hij handhaaft zich goed in de maatschappij; woont op kamers. Vooral zijn technische vaardigheid (hij bouwde zelfs een mandoline) is zeer groot; zijn theoretische kennis, hoewel niet slecht, blijft toch wel iets beneden het normale.

In dit geval is m.i. geen sprake van Schizophrenie. Er is een zeer degeneratieve bodem aanwezig (erfelijkheidsmomenten in de familie en een degeneratieve praepsychotische karakteraanleg). In het begin der puberteit, eventueel na een encephalitis, ontwikkelen zich nu kortdurende psychotische fasen, waarvan de hoofdkenmerken gelegen zijn in een maniakale stemming, gepaard aan een sterken rededrang, grootheidsideeën en confabulaties. (Het bosch, waar allerlei phantastische dingen, figuren en beesten uit den grond opstijgen, het verhaal over den hypnotiseur, het poetsmiddel, waarmee hij een groot man wil worden, zijn uitvindersneigingen, etc.). Op den achtergrond zijn lichte hallucinatoire belevingen en vaag aangeduide paranoïde ideeën aanwezig. Na enkele weken treedt een volkomen herstel op.

Er is geen enkel positief schizophreen kenmerk te bespeuren, ook niet na jaren. Integendeel, de aanpassing aan de maatschappij, die aanvankelijk slechts zeer gebrekkig is, wordt steeds beter en bechter, zoodat Eugène op 20-jarigen leeftijd zich geheel handhaven kan in de maatschappij. Terwijl bij de Schizophrenie een na iedere phase meer defecte persoonlijkheid zichtbaar is, zien we juist hier bij dezen moeilijken degeneratieven jongen een, door de psychotische fasen heen, groeien der persoonlijkheid.

In de litteratuur heb ik geen enkel geval gevonden, dat zóó typisch het bestaan der „Manie des dégénérés” demonstreert. In het geval, dat *Hutter* beschrijft in zijn „Endogene und funktionelle Psychosen bei Kindern in den Pubertätsjahren” (Zeitschr. f. Kinderpsych. 5), lijkt mij de diagnose „Manie des dégénérés” niet bevesten. De mogelijkheid, dat achter dit syndroom zich een schizophrenie verschuilt, is n.l. lang niet uitgesloten. Hetzelfde geldt voor het geval, dat *Rümke* beschrijft van een 14-jarigen jongen. Ook hier meen ik met een schizophrene Schub te doen te hebben. Het allereerste geval, dat *Rümke* onder de „Manie des dégénérés” weergeeft, wijst meer in de richting dezer aandoening. Het handelt over een meisje van 9 jaar, dat plotseling zwerven gaat met een mandje met poppengerei. Ze was de laatste dagen al zeer vroolijk en opgewekt en phantaseerde veel. Ze vertelde haar broertje, dat haar mantel een wondermantel was, waarmee ze vliegen kon. Grootheidsideeën demonstreerden zich in de mededeeling, dat ze muzieklessen kreeg voor f 32.— per uur.

Daar echter aan deze phase voorafging een periode, waarin patiëntje gedrukt en huilerig was, is hier de mogelijkheid niet uit-

gesloten, dat bijv. een Manisch-depressieve psychose aan dit ziektebeeld ten grondslag ligt. Terwijl in dit door mij beschreven geval geen enkele twijfel aan de diagnose bestaat, geeft het volgende geval nog wel enkele aanknoopingspunten voor de Schizofrenie.

Geval XIII.

Er zijn enkele hereditaire momenten. De vader en de moeder zijn achterneef en achternicht. Een oom is avonturier en de moeder van de moeder een zeer emotioneele, heerschzuchtige vrouw.

De ontwikkeling van Wim is normaal verlopen. Het is een rustig kind, volgzzaam, wel eenigszins aan den luien kant, en zeer emotioneel in zijn verhouding tot de moeder. Zijn intellectueele ontwikkeling is niet al te best; op de lagere school is hij 2 maal blijven zitten.

Tot zijn 15e jaar waren er geen bijzondere moeilijkheden. Wel stond hij altijd eenigszins apart. Door vrienden meegenomen en tot mutueele onanie verleid, kwam hij met de politie in aanraking. Er ontstond bij hem een meer geestelijk ontwaken. Hij zocht vrienden en was zeer verrukt van kampavonden, die hij met zijn kameraden doorbracht.

Op zijn 16e jaar tijdens de overgangsrepetities stond hij steeds 's nachts op, om gedichten op de leeraren te maken. Hij studeerde heel slecht (was op de H.B.S.), maakte slechte repetities. Hij debiteert in dezen tijd beschouwingen over „Je behoeft eigenlijk niet te studeeren, je behoeft alleen dat te doen, wat redelijk is”. Tot Maart van het volgende jaar waren er geen bijzonderheden. Toen echter ontwikkelde zich vrij snel een psychotische toestand. Hij stond 's nachts op, ging voor de kast liggen en zei tegen zijn zusje, dat hij er uit moest: „Hij moest naar Parijs, zag zijn toekomst als burgemeester van Amsterdam”. Ook meende hij een groot architect te zullen worden.

In dezen toestand wordt Wim 14 Maart 1924 in de Valeriuskliniek opgenomen. Aan de aantekeningen van de ziektegeschiedenis ontleen ik het volgende:

Patiënt is goed georiënteerd in tijd en plaats en geeft op alle vragen goed antwoord; gedraagt zich rustig en beheerscht.

Den eersten nacht slaapt hij niet zoo goed, omdat een patiënt naast hem eenigszins onrustig is. Hij vat dit op als een beproeving van de doktoren om te zien, of hij daar wel tegen kan. Hij dacht „als ik me maar rustig houd, dan is er wel een kracht die me verder draagt, misschien een Goddelijke kracht”. Den laatsten tijd had hij vaak over het bestaan van God nagedacht, vooral door het contact met de V.C.S.B.-kampen. Hij voelt zich langzaam aan veel vrijer en opener worden.

Daar hij heel rustig is en weinig abnorme verschijnselen vertoont, wordt hij 18 Maart weer ontslagen.

Begin Mei krijgt hij lichte paranoïde ideeën, die samenhangen met het sexueele conflict, waarin hij vroeger gewikkeld is geweest.

Hij meende, dat iedereen hem bespiedde en hij door allen gecontroleerd werd. In 't Vondelpark zou hij twee jongens ontmoet hebben, die hem achtervolgden. Thuis zag hij voor 't raam een jongen staan, die ook tot de bende zou behooren. Deze laatste jongen zou telkens door een ander afgewisseld worden. Hij wilde met zijn vader al die jongens achtervolgen en ontdekte er steeds meer.

6 Mei 1924 wordt hij voor de 2e maal opgenomen.

Hij is tamelijk rustig, heeft wel een sterken bewegingsdrang, spreekt veel. Het hinderde hem na zijn ziekte altijd zeer, dat men hem niet meer vertrouwde en eigenlijk altijd achter hem aan was. Hij ging wel eens opzettelijk laat naar bed, om er achter te komen, of hij bespied werd.

Eén der laatste dagen vóór de opneming bemerkte hij, fietsende door het Vondelpark, uit allerlei gebaren, dat een paar jongens oneerbare bedoelingen met hem hadden. 's Middags ontdekte hij steeds meer mensen, die in dit complot een rol speelden.

Bij een uitvoerig gesprek met hem blijkt het, dat het sexueele leven hem heel hoog zit en hij het oude conflict en het onanieprobleem niet heeft verwerkt.

10 Mei: Hij is reeds veel rustiger, vindt zijn houding van een week geleden ziekelijk.

14 Mei: Patiënt spreekt over allerlei toekomstplannen. Hij zou 't liefst van school afgaan en privaattlessen nemen.

20 Mei: Zijn gedrag van den dag van opneming vindt hij wel abnormaal. Hij begrijpt wel, dat hij te veel ingesteld was op het sexueele, speciaal op de onanie en zich zeer interesseerde voor de dingen, die op dit gebied gebeuren kunnen. Toch gelooft hij wel, dat er een complot was.

27 Mei: Hij bespreekt al zijn schoolplannen en zoekt naar een oplossing.

28 Mei: Genezen ontslagen.

Tot November 1925 gaat alles goed. Met eenige moeite is hij in de 5e klas H.B.S. gekomen. Op een Zaterdagmiddag is hij gaan dwalen en kwam om 7 uur bevangen van de kou, bij kennissen aan. Toen zijn vader kwam, deed hij uitgelaten blij. Hij zei: „Zeg aan moeder, dat ik het heb begrepen langs de 3e dimensie”.

30 November 1925 wordt hij weer opgenomen. Hij is zeer onrustig, gooit de dekens uit bed, maakt van allerlei dingen knopen en van het closetpapier ballen. Telkens spreekt hij over een meisje, waar hij naar toe wil.

4 Dec.: Opvallend beweeglijk en druk, treedt op met veel vertoon, scheurt de lakens stuk.

13 Dec.: Rustiger, werkt in zijn boeken.

24 Dec.: Katamnestic vertelt patient, dat hij op dien bewusten Zaterdagmiddag is gaan dwalen. Hij was eerst van plan, niet zoo ver te gaan, maar raakte steeds verder van huis. Het was stormachtig weer en hij maakte allerlei bespiegelingen over het ontstaan van een cycloon, etc. Hij wilde allerlei natuurkundige stellingen toepassen. Na een zekere gedrukte stemming had hij een bevrijdend gevoel over zich en meende allerlei dingen te zien. Na langen tijd geloopen te hebben, kwam hij aan een bekend huis, waarvan hij meende, dat het het huis was, waar hij den laatsten tijd verbleef. Hij dacht, dat het al Zondagmorgen was, terwijl het pas 's avonds 7 uur was.

29 December wordt hij hersteld met ziekteinzicht ontslagen.

Nadien hebben zich tot heden geen bijzondere moeilijkheden meer voorgedaan en handhaaft patiënt zich goed in de maatschappij.

Als we deze ziektegeschiedenis vergelijken met de vorige zijn er verschillende punten van overeenkomst. Hier ook kortdurende psychotische toestanden; daartusschen meer of minder lange tusschenperiodes, waarin de psychische toestand geheel normaal is. Na de puberteitsjaren een volledige integratie en maatschappelijk evenwicht.

Toch zijn er ook duidelijke verschilpunten.

In het eerste geval is er een zeer degeneratieve bodem, in het tweede geval is er wel hereditaire belasting, maar van minder ernstigen aard.

In beide gevallen is er wel geen debilitas mentis, maar gaat het doorloopen van de Middelbare school met groote moeilijkheden gepaard. De degeneratieve karakteraanleg is bij Eugène meer manifest dan bij Wim, hoewel ook in het laatste geval het karakter vele psychopatische trekken vertoont. (Na den eersten aanval is hij bijv. dikwijls oneerlijk met geld, egoïstisch, koopt altijd alleen voor zichzelf, etc.).

Bij Eugène is het haast alleen de degeneratieve aanleg, die in het begin der puberteit het geestelijk evenwicht verstoort. Het is, alsof de onevenwichtigheid en normale labiliteit van de puberteit door den degeneratieven aanleg buiten de normale grenzen komen te liggen. De uitslagen van de puberteit bereiken hier een psychotische hoogte.

Bij Wim ligt de zaak gecompliceerder. Naast den degeneratieven aanleg komen hier zeer manifeste sexuele conflicten. Het psychogene moment speelt hier naast den aanleg een groote rol. De mutuele onanie met jongere jongens, die hem met de politie in aanraking brengt, moet hier als pathogeen moment naast den degeneratieven aanleg een groote betekenis worden toegekend. Wim is ook ouder dan Eugène en, zooals wij later nog uitvoeriger zullen zien, wint het psychogene moment in de latere puberteitsjaren juist

aan beteekenis.

Het is, alsof de inhoud der psychose deze verschillende pathogenese demonstreert.

Eugène vertoont het typische syndroom der „Manie des dégénérés”.

Het ziektebeeld bestaat bijna geheel uit een maniakale stemming, een sterken reddrang, een verhoogd zelfgevoel en groothedsideeën, waarnaast phantasieën en confabulaties op den voorgrond staan.

Ook in het geval van Wim treden deze verschijnselen wel naar voren („ik word burgemeester van Amsterdam en een groot architect”), maar veel meer op den achtergrond en vooral in de tweede psychotische phase bestaat het syndroom veel meer uit paranoïde ideeën. Het is niet gezocht vooral deze tweede periode in verband te brengen met het sexueele conflict in zijn leven. Hij meent in allerlei gebaren en houdingen van jongens, die hij ontmoet en die hem aanspreken, oneerbare bedoelingen te zien. Hieruit ontwikkelt zich zeer duidelijk de meening, dat er een complot bestaat en hij bespionneerd wordt. Het feit, dat hij na zijn eerste Psychose inderdaad heel erg door zijn huisgenooten werd gecontroleerd, had den bodem, waarop de paranoïde ideeën zich ontwikkelden, al voorbereid.

Het degeneratieve moment correspondeert als 't ware met de maniakale stemming en de phantastische ideeën, het psychogene moment met de paranoïdie.

Beide gevallen hebben gemeen, dat zij bestaan uit kortdurende episodische psychosen, waarbij volkomen herstel optreedt en na de puberteit een volledige integratie. Om deze reden zou ik beide gevallen onder denzelfden noemer willen samenbrengen, hoewel het 2e geval een overgang naar de later te beschrijven puberteitspsychose is. Bij Eugène spelen m.i. de conflicten van de puberteit nog totaal geen rol, zooals over het algemeen op het 13e jaar psychogene momenten nog geen pathogenetische beteekenis hebben, althans geen pathogenetische beteekenis voor het ontstaan van een psychose.

De zuivere „Manie des dégénérés”, zooals ik die bij Eugène heb beschreven, lijkt mij een zeer zeldzaam voorkomend ziektebeeld, zoodat we zeer voorzichtig moeten zijn ten aanzien van het typische syndroom, daar hierachter zich ernstiger psychosen kunnen verschuilen.

In de klinische diagnostiek zal men moeten vasthouden aan den degeneratieven aanleg, den korten duur, het episodische optreden en het syndroom van de mania phantastica.

Ik geloof wel, dat we het als een apart ziektebeeld mogen afgrenzen, hoewel de grenzen naar Puberteitspsychose en Degeneratieve psychose niet altijd even scherp te trekken zijn.

HOOFDSTUK IV.

MANISCHE EN DEPRESSIEVE BEELDEN IN DE PUBERTEITSJAREN

De Manisch-repressieve psychose is een zeldzame ziekte in de puberteitsjaren en een nog zeldzamer aandoening in de kinderjaren. Wel zijn in de litteratuur enkele gevallen beschreven, hoewel het Lehrbuch der Psychopathologie des Kindesalters van *Benjamin*, e.a. deze psychische aberratie op den kinderleeftijd niet vermeldt.

Tegen en in de puberteit wordt de frequentie iets grooter en anamnesticch blijkt het dan in vele van deze gevallen, dat de schommelingen reeds jaren terug een aanvang genomen hebben. Meer dan uit de opneming in psychiatrische inrichtingen blijkt, komen dus toch manische en depressieve fasen in de kinderjaren voor.

Strohmayer geeft op een aantal van 211 gevallen 24 gevallen van Schizophrenie onder de 16 jaar en 3 gevallen van Manisch-depressieve psychose.

Mildred Creak beschrijft 35 psychosen bij kinderen, waarbij de psychose beneden het 15e jaar is uitgebroken. Er was geen enkel zeker geval van Manisch-depressieve psychose bij.

Ilse Schnabel vond onder het aantal opnamen van 1870—1920 in de Züricher psychiatrische kliniek 231 kinderen beneden 16½ jaar. Hierbij waren 51 Schizophrenen, 9 Propfhebeephrenen en 2 gevallen van Manisch-depressieve psychose. De leeftijd bij opneming van deze beide laatste gevallen was respectievelijk 16½ en 15 jaar.

Hutter vond op een aantal van 800 gevallen van Manisch-depressieve psychose geen enkel kind of puber. Ik zelf vond op een materiaal van 14838 opnamen tweemaal een Manie; één, die op 16-jarigen leeftijd en één, die op 17-jarigen leeftijd een aanvang nam en tweemaal een Manisch-depressieve psychose, die op 19-jarigen leeftijd begon. Over de zuiver depressieve beelden spreek ik nog uitvoeriger.

In de litteratuur komt eigenlijk alleen *Bürger Prinz* tot een veel hooger percentage Manisch-depressieve psychosen bij kinderen. Op een materiaal van 68 gevallen vond hij 20-maal een zekere schizofrenie en 20 gevallen van Manisch-depressieve psychose. Het tijdstip, waarop de laatste ziekte uitbrak, was in de allervroegste gevallen 11 jaar, in verreweg de meeste gevallen 14 à 15 jaar.

Had men de gegevens van *Bürger Prinz* niet, dan zou men dus tot een zeer groote zeldzaamheid van een Manisch-depressieve

psychose op den kinderleeftijd, d.w.z. beneden het 15e jaar, moeten besluiten.

Nu zijn er twee motieven te vinden, waarom de gegevens van *Bürger Prinz* zoo afwijken van de andere cijfers. In de eerste plaats beperkt zijn materiaal zich waarschijnlijk niet tot klinische, maar betreft hij in zijn onderzoek ook poliklinische gevallen. Het is denkbaar, dat lichtere schommelingen al vroegtijdig gezien worden.

Ten tweede komt er een geheel ander motief naar voren. In de vorige hoofdstukken hebben we al gezien, dat maniakale beelden op den kinderleeftijd niet zeldzaam zijn en dat het syndroom der Manie des *dégénérés* velen psychosen op den kinderleeftijd een eigenaardig coloriet verleent. Aan gelijksoortige beelden kunnen echter geheel verschillende ziekteprocessen ten grondslag liggen. Het maniakale beeld zegt minder dan op volwassen leeftijd iets over den aard der ziekte.

Rümke zegt dan ook, dat manische en depressieve toestanden bij jonge kinderen niet de uitdrukking behoeven te zijn van manisch-depressieve psychosen, maar als symptomencomplex bij verschillende ziekten voorkomen kunnen.

Vandaar, dat de diagnose Manie waarschijnlijk veel meer gesteld wordt in de kinderjaren en puberteitsjaren, dan klinisch gerechtvaardigd is. Ook in het door mij onderzochte materiaal is herhaaldelijk de diagnose op Manisch-depressieve psychose gesteld, terwijl de latere levensgeschiedenis uitwees, dat deze psychose de eerste phase van een schizophreen proces was.

Bij één geval van 15 jaar, één van 16 jaar, één van 17 jaar en één van 18 jaar werd de diagnose op Manie gesteld, of heel ernstig de diagnose Manisch-depressieve psychose overwogen, terwijl de verdere levensloop een Schizophrenie uitwees. Daarentegen werd slechts één maal de diagnose op Depressie gesteld, terwijl de ziekte de aanvang was van een Schizophrenie.

Uit de gegevens van de litteratuur en uit de bewerking van mijn eigen klinisch materiaal blijkt wel, dat we tegenover de diagnose Manie of Manisch-depressieve psychose, in de kinderjaren vooral, maar ook later nog in de ontwikkelingsjaren, uiterst wantrouwend moeten staan. In het bijzonder geldt deze waarschuwing voor die gevallen, waarbij geen circulaire psychose aanwezig is, maar alleen een acute Manie. Ook *Strohmayer* wijst er reeds op, dat de Manie van de kinderjaren zeer zeldzaam is en ernstig verdacht is op Schizophrenie.

Werner beschrijft een geval bij een jongen van 14½ jaar, bij wien gedurende zeer langen tijd kortdurende depressieve en manische fasen elkaar afwisselen. Van Augustus tot December 1923 keert de cyclus van 8 dagen depressief — 2 dagen maniaaal — 20 dagen normaal, dan weer 8 dagen depressief, etc. geregeld terug.

Daarna worden de fasen onregelmatiger. Na een aanval in

Januari 1924 volgt een vrij interval van 40 dagen, daarna een lichte depressie gedurende 10 dagen, daarna 56 vrije dagen, daarna een zware depressie, gevolgd door een zwaren opwindingstoestand, 30 normale dagen, etc.

Tot Januari 1930 wisselen met onregelmatige perioden goede en slechte fasen elkaar af. Soms is er een vrij interval van een $\frac{1}{2}$ jaar. Bij een na-onderzoek van 1932 bleek het den schrijver, dat patiënt reeds gedurende een jaar goed was.

Dussik beschrijft ook afwisselende manische en depressieve fasen bij een jongen van 11 jaar, bij wien de zaak gecompliceerd werd door een endocrinopathie.

Homburger beschrijft in zijn leerboek eveneens een geval van een Manisch-depressieve psychose op het 14e jaar, waarbij zeer kortdurende fasen van maniakaal en depressief gestemd zijn elkaar voortdurend opvolgen. Aanvankelijk was de duur der fasen 8 dagen.

Een typisch kenmerk van de Manisch-depressieve psychose op den kinderleeftijd is de zeer korte duur van de verschillende fasen en het veelvuldig optreden der aanvallen. Men kan hier een parallel trekken met de Schizophrenie van het kind, die aanvankelijk ook in kortdurende „Schüben” verloopt.

BESCHRIJVING VAN ENKELE GEVALLEN VAN MANIE IN DE PUBERTEITSJAREN.

Geval XIV, Reg. Nr. 3754.

Er zijn geen hereditaire momenten in de familie aanwezig. Van het karakter en de ontwikkeling van Mientje is geen bijzonders te vermelden. Op 15 $\frac{1}{2}$ -jarigen leeftijd trad de menstruatie voor 't eerst op, op 1 Juni 1919. In April 1919 werd het leeren minder goed. Patiënte werd erg stil en lusteloos en bleef 6 weken thuis van school. In dezen tijd deed ze niets, maar zat voortdurend voor zich uit te staren. Er waren vele zelfverwijten en zelfbeschuldigingen. Mientje meende, dat ze een door en door slecht kind was, dat ze veel zonden bedreven had en haar vriendinnen slecht gemaakt had. Langzamerhand ging deze periode weer voorbij. Zij werd er niet voor behandeld. In April 1920 overleed plotseling de moeder, op wie Mientje zeer gesteld was. Opmerkelijk was het, dat zij zich hiertegenover zeer koud en onverschillig toonde. Nooit sprak ze er één enkel woord over en nooit heeft ze er één traan om gelaten.

Begin Juli 1920 werd patiënte druk. Zij sprak den geheelen dag, sprong van den hak op den tak. Haar stemming was zeer opgewekt. Ze lachte en zong den geheelen dag. Ze meende alles te kunnen. Op een moment van minder groote waakzaamheid van de omgeving wist zij te ontsnappen en kocht in eenige oogenblikken

voor 25 à 30 gulden. De menstruatie was den laatsten tijd zeer onregelmatig en was in de laatste 4 maanden niet meer opgetreden.

In dezen toestand wordt Mientje 12 Juli 1920 in de Valeriuskliniek opgenomen.

Aan de ziektegeschiedenis ontleen ik het volgende:

13 Juli: Patiënte is zeer onrustig en heeft een sterken rezedrang. „Ik wil dokter worden, o neen, toch niet, want dan moet je allerlei narigheid zien en daar houd ik niet van”. Tegen een zuster, die in de kamer binnenkomt, zegt ze: „Wat moet je hebben, juffrouw? Kranten, dat is goed, die kunt U dan aan de patiënten ronddeelen. U behoeft geen dank u te zeggen. Ik houd veel van koeterwaalsch praten. Wat zijn dat voor brieven, die hier op tafel liggen? Ik zou graag in den tuin willen, o neen, toch niet, in den tuin is het zoo stijf, daar ben ik vanmorgen nog door gekomen. Heeft U ook een piano of een orgel, dat vind ik veel lolliger. Ik ben blij, dat ik in de Valeriuskliniek ben en niet in een krankzinnigengesticht, ik vind het hier veel lolliger”. Op deze wijze redeneert Mientje steeds door, dan over dit, dan over dat. Ze is zeer afleidbaar, maniakaal gestemd en motorisch onrustig. Er zijn geen hallucinatoire belevingen, geen paranoïde ideeën.

15 Juli: Patiënte is zeer druk, spreekt en schreeuwt veel, gooit met haar beddegoed. Voedselopname en slaap zijn gering.

16 Juli: Daar patiënte weigert te eten, wordt ze kunstmatig gevoed.

22 Juli: Enkele dagen is patiënte mutistisch geweest, trok allerlei gezichten en stak tegen verschillende menschen de tong uit.

Als ze gevoed wordt, brult en schreeuwt ze. Soms is ze incontinent voor urine.

28 Juli: Nog steeds kunstmatige voeding. Dikwijls incontinentie voor faeces en urine. Zeer onrustig. Ze is slordig op kleeven en bed. Een moeilijke patiënte voor de verpleging.

9 Aug.: Patiënte wordt in denzelfden toestand overgeplaatst naar Castricum.

Tot September 1920 is patiënte daar zeer onrustig. Ze maakt veel stereotype bewegingen, spreekt veel en is vaak verward en onzinnelijk. Dan wordt patiënte vrij snel rustig en herstelt volkomen. In December 1920 wordt patiënte ontslagen. Nadien is verpleging nooit meer noodig geweest. Patiënte is van 1928 tot 1930 verpleegster geweest, daarna gehuwd. Zij heeft 2 kinderen van 10 jaar en 5 jaar en is steeds goed gezond.

Deze ziekte-toestand vertoont een zeer eenvoudig beeld. Er zijn heel weinig aanknoopingspunten voor de Schizofrenie.

Men krijgt hier den indruk, dat de manisich-depressieve psychose niet los staat van het eerste optreden der menstruatie. Een enkele maal wordt ook in de litteratuur dit verband naar voren gebracht.

Hoewel de prognose van de vroeg beginnende Manisch-depressieve psychose over het algemeen slecht is, blijkt uit dit geval, dat ook een enkele aanval optreden kan, zonder dat zeer snel een recidief volgt. Het is niet onmogelijk, hoewel men voorzichtig moet zijn, uit een enkel geval een conclusie te trekken, dat enkele gevallen van Manisch-depressieve psychose, die in de puberteit optreden, in verband staan met de lichamelijke endocriene veranderingen. Zij schijnen echter uitermate zeldzaam te zijn.

Homburger en met hem vele anderen wijzen reeds er op, dat een vroegtijdige manifestatie van den ziekelijken aanleg ernstig voor de prognose is. De mogelijkheid, dat manische en depressieve fasen elkaar gedurende langen tijd blijven afwisselen, is zeker niet denkbeeldig.

In het volgende geval is de prognose ongunstig, daar het zich inbedden in de maatschappelijke verhoudingen zeer belemmerd wordt door de telkens weerkeerende opgewonden en ingezonken fasen, die na de kliniekverpleging niet meer een dusdanigen graad bereiken, dat verpleging noodzakelijk is, maar wel ernstige ontsporingen met zich mede brengen.

Geval XV, Reg. Nr. 11486.

Er is wel hereditaire belasting in de familie. De vader van den vader leed waarschijnlijk aan een depressie, de broer van de moeder aan toevallen, de vader van de moeder was alcoholist.

Geesje heeft een normaal, vriendelijk, zacht, niet achterdochtig karakter. Ze sluit zich moeilijk aan, heeft weinig vriendinnetjes, is ijverig en zorgzaam. Ze heeft een goed verstand, heeft met lofelijk ontslag de Lagere school afgeloopen en daarna de vakschool bezocht. Sedert 2 jaar is ze als hulp in de huishouding werkzaam.

Tot haar 17e jaar hebben zich geen moeilijkheden voorgedaan. In Juli 1935 werd Geesje stil en lusteloos. Ze had veel lichamelijke klachten en was licht geremd. Deze toestand duurde enkele weken, waarna weer een evenwichtssituatie ontstond. Begin September werd ze zeer luidruchtig en uitgelaten. Ze sprak den geheelen dag aan één stuk door, sprong van den hak op den tak, rijmde veel en zong voortdurend. Ze was zeer ontremd in haar uitdrukkingen. Telkens had ze buien, waarin ze vloekte, raasde en tierde. Daarnaast was er een sterk decorumverlies en een erotische ontremming. De menstruatie was reeds 2 maanden weggebleven.

In dezen toestand wordt Geesje 18 October 1935 in de Valerius-kliniek opgenomen.

Aan de aantekeningen ontleen ik het volgende:

18 Oct.: Geesje is zeer beweeglijk, rent en loopt de zaal op en neer. Ze spreekt vlug, heeft een lichte gedachtenvlucht en is uitwendig afleidbaar. Wanneer men met haar spreekt, wordt ze erg

druk en overmoedig. Met alles wil ze zich bemoeien. Er bestaat een maniakale stemming, een verhoogd gevoel van welzijn en eigenwaarde.

Erotisch is patiënte ontremd. Ze vertelt, dat ze bij een ouden man in betrekking was, die niet van haar afblijven kon. Ook zou ze veel contact met jongens gehad hebben.

De toestand blijft, op kleine wisselingen na, ongeveer hetzelfde tot December, waarna tot een somnifeenkuur wordt besloten.

3 Januari 1936 wordt patiënte, daar er voorgesteld wordt haar naar een inrichting over te plaatsen, tegen advies ontslagen.

De Nazorgdienst van de Valeriuskliniek kreeg deze patiënte verder onder zijn toezicht.

Aanvankelijk is Geesje thuis nog erg druk en opgewonden, maar in April ontstaat er een inzinking en is zij erg verdrietig, omdat de vriendschap met een vriendinnetje was verbroken.

In Mei 1936 is de toestand zóó, dat Geesje dikwijls zeer uitgelaten vroolijk is, vinnig, moeilijk in haar contact met andere mensen en prikkelbaar. In haar betrekkingen gaat het moeilijk. De ééne betrekking volgt direct op de andere en zij kan het nergens uithouden.

In December 1936 krijgt zij groote ruzie met haar moeder, daar zij buitengewoon onhandelbaar is. Haar ouders weten geen raad meer met haar. Zij haat haar ouders, zij mag niets. Vooral haar erotische ontremming geeft haar ouders veel aanleiding tot zorgen. Nadat haar moeder haar op haar kamertje had opgesloten, sprong ze uit het raam, waarbij ze beide beenen en een enkel brak.

Aan de aantekeningen van den Nazorgdienst ontleen ik nog, dat patiënte 20 Juni 1937 erg stil en lusteloos is. Ze gaat in dien tijd weinig uit, heeft nergens lust in en vindt alles vervelend. In dezen tijd werkt ze op een atelier.

9 November 1938: Geesje is weer erg druk, prikkelbaar en humeurig. Ze komt laat thuis en is weer van betrekking veranderd.

25 Januari 1939: De gegevens over haar zijn zeer slecht. Ze is leugenachtig, slordig, smerig, etc. Patiënte woont nu vanwege de moeilijkheden bij een nicht in huis.

27 Juli 1939: Patiënte is gravida. Nadien is het contact met den Nazorgdienst verbroken en heb ik patiënte niet verder kunnen volgen.

In dit geval zijn, evenals in het eerste geval, alleen de primaire verschijnselen van de Manie terug te vinden. De schommelingen blijven ook na den eersten, heftigen aanval bestaan en veroorzaken de ernstige sociale conflicten.

Het nu te beschrijven geval vertoont een gecompliceerder beeld van den maniakalen toestand en het verloop is ongunstig in dien zin, dat later herhaaldelijk jarenlange verpleging noodig is.

De vader van Jaantje werkt reeds 9 jaren niet meer, daar hij meent, niet meer te kunnen werken. Hij doet niets meer, loopt op straat en is constant somber gestemd. De moeder werkt eigenlijk ook niet meer en vindt, dat andere menschen het werk maar moeten doen. Het milieu, waarin Jaantje is opgegroeid, is dus niet vrij van hereditaire belasting.

Patiënte was druk en bedrijvig van aard. Ze werkte thuis altijd hard en vond dat prettig. Ze was wel eens prikkelbaar. Op school kon ze goed leeren. Op het 15e jaar trad voor 't eerst de menstruatie op. Tot haar 16e jaar was Jaantje goed. Toen werd ze vrij plotseling vreemd. Op een avond, 3 weken voor haar opnemings, kwam ze uit de kerk en zei, dat ze een wolk boven haar hoofd had gezien en een lichtstraal boven het huis. De eerste dagen daarna had ze het over allerlei godsdienstige dingen. Ze werd steeds verwarder in haar spreken. Ze zei, dat ze de dochter van de Koningin was. Ze zou op 5 Januari als dochter van de Koningin geboren zijn en Mecklenburg-Schwerin heeten. Daarna zou ze zoek geraakt zijn en bij haar vader terecht gekomen zijn. Alles zou van haar zijn; alle stroom is ook van haar. De stroom kan ze zelf maken. Ze kent Fransch, Duitsch en Engelsch; ze zou ook in Rusland geweest zijn.

Er waren lichte paranoïde ideeën. Patiënte meende, dat men haar vergiftigen wilde en weigerde daarom medicijnen te gebruiken.

Ze was zeer aggressief tegenover haar omgeving, gooide met allerlei voorwerpen naar haar vader, etc.; scheurde beddegoed en kleeren stuk.

Haar stemming was maniakaal. Den geheelen dag zong en reedeneerde ze.

Patiënte wordt 4 Augustus 1915 opgenomen.

4 Aug.: Jaantje is erg druk en beweeglijk. Ze blijft niet in bed, maar loopt over zaal en haalt allerlei dingen overhoop. De patiënten wil ze uit de inwikkeling halen. Ze wil niet, dat men patiënten plaagt. Als men tegen haar zegt, dat ze dat niet doen mag, begint ze luid te lachen en antwoordt, dat zij boos is, want dat zij de dochter van de Koningin is. Ze spreekt erg luid en veel en zingt allerlei versjes.

5 Aug.: Jaantje vertelt, dat zij de dochter van de Koningin is, haar vader is Prins Hendrik en haar zusje Prinses Juliana. Dat zij de dochter is van de Koningin, weet zij omdat Koningin Wilhelmina en Prins Hendrik bij haar bed gezeten hebben. Zij heeft ook op een bed met ijzeren kogels gelegen en men heeft kogels door haar hoofd geschoten. Ook heeft men haar gekruisigd. De litteekens kan men nog in haar handen zien. Voor de geloovigen

is zij gestorven. Dat hebben haar vijanden haar aangedaan, bijv. Napoleon, die nu op Elba gevangen zit, of wel de Roomschen hebben dit gedaan. Zij is van de Nederlandsche Bank de baas.

9 Aug.: Patiënte is verbonden aan de Nederlandsche Bank. Er was geen geld, maar patiënte zei, „betaal maar raak, want ik heb de Nederlandsche Bank”. Van den Prins heeft ze een brief gehad, dat ze goed heeft opgepast.

11 Aug.: Jaantje blijft druk en opgewonden. Ze wil zich allerlei toe-eigenen, want zij heeft alles gemaakt. Dr. Kuyper heeft men omgekocht met Judaspenningen. Iedereen wil de Koningin doodschieten, maar dat is door haar verhinderd. „Jullie zijn allemaal blind voor Gods woord, en moeten afblijven van 't Lam Gods. Ik had in Oosterbeek een dik been, daar schoten ze op een kerseboom en die kerseboom was ik, dat was een beproeving Gods”.

18 Aug.: Als ze niet geprikkeld wordt, kan ze soms eenigen tijd rustig zijn. Soms leest ze iets, maar verscheurt meestal de bladen. Vaak is ze snauwerig tegen haar omgeving; knoeit met alles, kauwt op een stuk spons, laat haar speeksel loopen, etc.

25 Aug.: Patiënte is nog druk en ruw in haar antwoorden, scheldt veel op de omgeving; vaak zingt ze ook.

2 Sept.: Zeer brutaal en bemoeiziek. Rijmt op allerlei woorden, die ze uit de omgeving opvangt. Nu en dan kan ze ook wel eens rustig met een handwerkje bezig zijn.

In October wordt zij geleidelijk iets rustiger. Ze helpt een beetje mee op zaal en maakt vaak nette handwerkjes.

In November slaat de stemming eenigszins naar het negatieve om. Ze is nu en dan somber gestemd, verlangt erg naar huis en is bang, dat ze niet meer uit het ziekenhuis weg zal komen.

Ze wordt steeds lustelooser en droeviger gestemd, blijft heel dagen stil in bed liggen.

Hoewel aanvankelijk nog wisselend, neemt de stemming geleidelijk aan weer toe en in vrij goeden toestand vertrekt patiënte naar huis.

Van 12 Maart—31 Juli 1918 wordt patiënte in „Wolfheze” verpleegd. Ze is zeer opgewonden, schreeuwt en vloekt veel. De duivel zou haar belagen. Door haar prikkelbaarheid en baldadigheid is patiënte zeer moeilijk voor de verpleging.

Door het ontbreken van typische verschijnselen der manie, wordt de diagnose gesteld op *Insania hysterica*.

30 November 1923 wordt patiënte weer opgenomen in „Wolfheze”, waar ze tot 13 Juli 1926 wordt verpleegd.

Ze is weer buitengewoon moeilijk, weigert voedsel, meent, dat er vergif in zit. Ze is prikkelbaar, vaak mutistisch, onhandelbaar en impulsief. Nu en dan is er een duidelijk uitgesproken taedium

viae. — Patiënte wordt hersteld ontslagen en de diagnose op Hysterie gesteld.

April 1936 wordt patiënte weer ziek. Ze is druk en opgewonden, spreekt veel en luidruchtig, vloekt en schreeuwt en heeft een sterken reddrang. Ze ligt op bed te praten en te lachen en vertoont een lichte ideeënvluicht; ligt soms ook in zichzelf te lachen. De stemmingen zijn wisselend. Er zijn ook perioden, waarin patiënte traag en lusteloos is. Patiënte wordt nog steeds verpleegd. De diagnose wordt gesteld op Manisch-depressieve psychose met hysterischen inslag.

Deze ziektegeschiedenis geeft wel tot eenige nadere beschouwingen aanleiding. Aanvankelijk is het syndroom typisch dat, wat we kenmerkend genoemd hebben voor de „Manie des dégénérés”. Het maniakale affect met de sterke confabulaties en grootheids-ideeën op jeugdigen leeftijd behoeft nog niets te zeggen over de ten grondslag liggende ziekte.

In den lateren levensloop van deze patiënte zien we dit eigenaardige syndroom nooit weer terugkeeren, hetgeen misschien als bewijs mag gelden, dat dit symptomencomplex gekoppeld is aan de jeugdijaren.

Daarbij is het beeld niet typisch voor de Manie. Men kan twijfelen, of andere pathogene momenten een rol spelen, men kan in dit geval twijfelen aan de diagnose. Men ziet, dat bij latere opnemingen ook herhaaldelijk een andere diagnose wordt gesteld. Aanvankelijk is het zeer zeker heel moeilijk geweest, de Schizofrenie uit te sluiten en wanneer men de ziektegeschiedenis leest, zijn er verschillende momenten, die aan de Schizofrenie doen denken. De lichte paranoïde ideeën, die aanvankelijk en ook later nog optreden, het mutisme in sommige perioden en de impulsieve handelingen zijn factoren, die aan de mogelijkheid van een schizofreen proces doen denken.

Alles bij elkaar genomen, schijnt de diagnose Manie gerechtvaardigd. Het volledige herstel tusschen de verschillende ziekteperioden, het gemis aan defect, het toch in hoofdzaak maniakale beeld en de afwisselingen van maniakale en depressieve fasen geven aan de diagnose Manisch-depressieve psychose het meest houvast.

Dat men zeer voorzichtig moet zijn bij het stellen van de diagnose Manie bij den puber, moge nog uit het volgende voorbeeld blijken, waar aanvankelijk de diagnose Manisch-depressieve psychose werd gesteld, terwijl reeds spoedig na het begin een typisch schizofreen beeld zich ontwikkelde.

Geval XVII, Reg. Nr. 3574.

De moeder is zenuwpatiënte geweest. Nadere gegevens hier-

over zijn niet bekend. Een zuster van de moeder is krankzinnig en een broer van de grootmoeder van moederszijde is krankzinnig geweest.

Op 2½-jarigen leeftijd heeft deze jongen een periode doorgeemaakt, waarin hij zeer angstig, opgewonden en menschenschuw was. De familie beschrijft dit ook als een zeer abnormalen tijd in zijn leven.

Dit is het eenige geval, waarbij ik een psychotischen toestand (?) in de Trotzphase heb gevonden.

Het karakter van dezen jongen wordt beschreven als nerveus, zeurderig, vervelend, hoewel zeer goedig en hartelijk en zeer bescheiden. Er waren geen melancholische neigingen. Hij was wel driftig. Op school werkte hij ijverig en was niet eerzuchtig. Hij teekende graag en wilde journalist worden.

Een week voor zijn opneming, op zijn 18e jaar, werd hij vrij acuut opvallend en vreemd in zijn gedrag.

Hij was met zijn tante in het Concertgebouw en reageerde daar zeer eigenaardig. Op opvallende wijze keek hij de zaal rond en zei: „Wat een mooie meisjes zijn hier. Ik kan er vannacht niet van slapen”. Hij prikte een kaartje met „besproken” op den mantel van een dame.

Den volgenden dag, Zondag, was hij zeer druk, sprak veel en gooide een paar guldens uit het raam. 's Maandags wilde hij niet naar school maar ging in het Vondelpark naar de meisjes zitten kijken. 's Dinsdags bleef hij 's nachts tot half twee uit. Den volgenden dag ging hij weer naar school, maar 's middags naar de Bijenkorf, waar hij een flesch champagne bestelde en zich Mazeppa Imperator noemde. De directie belde de familie op.

19 Maart 1920 wordt patiënt opgenomen in de Valeriuskliniek. Hij is zeer druk, spreekt voortdurend, heeft een sterke gedachtenvlucht en is in hooge mate afleidbaar. De stemming is zeer maniakaal en er bestaat een uitgesproken motorische onrust.

Bij het lichamelijk onderzoek zegt hij bij het onderzoek naar de peesreflexen: „Wat zijn dat voor rare manieren, wat is dat voor een geklop, dat komt, als je je veel met arbeiders bemoeit, hoe noemen ze dat in de wetenschap — occulte wetenschap; er zijn mensen, die noemen het spiritisme. Wat schrijft U daar, allemaal recepten, alsof dat geen geld kost. Mijnheer, ik heb een ziekte, een trouwziekte, een knipoogziekte, de eenige oplossing is trouwen, of een recept van U. Ik moet alle meisjes heel fijn gaan verdeelen, dan kan ik kiezen. Alles is aan mode onderhevig, trouwen ook, ik ga trouwen, weet U daar een recept tegen?”

4 April: Zeer onrustig. Patiënt weigert voedsel en moet kunstmatig gevoed worden. Hij kruipt bij andere patiënten in bed, is vaak verward en heeft illusionaire vervalschingen van de buitenwereld.

Wegens te groote onrust wordt hij 7 April overgeplaatst naar „Het Apeldoornsche Bosch”.

Hoewel wel aan de mogelijkheid van Schizophrenie wordt gedacht, is het beeld aanvankelijk vooral zóó typisch maniakaal, dat de diagnose met zeer groote waarschijnlijkheid op Manisch-depressieve psychose wordt gesteld.

Tot 14 November 1920 wordt patiënt in „Het Apeldoornsche Bosch” verpleegd. Hoewel niet geheel genezen, is hij bij zijn ontslag toch zeer rustig en bezonnen.

Wegens impulsieve neigingen, vervolgings- en grootheidsideeën wordt het meest aan een schizophreen proces gedacht.

15 Februari 1921 wordt patiënt weer opgenomen. De toestand is zonder eenigen twijfel een Schizophrenie. Tot zijn dood in 1935 wordt patiënt verpleegd.

Dit geval begon dus eigenlijk als een typische manie, zonder eenig positief schizophreen kenmerk, terwijl toch deze phase slechts de eerste phase van een schizophreen proces was.

Resumeerend kunnen we ten aanzien van maniakale fasen in de puberteit het volgende zeggen:

1. Zuivere Manisch-depressieve psychosen komen in de puberteit voor, doch zijn zeldzaam. Hoe dichter men het 20e jaar nadert, des te grooter het aantal.
2. Een Manisch-depressieve psychose met een acuut begin en einde, dus met een snellen terugkeer in het geestelijk evenwicht, kan voorkomen, doch is uiterst zeldzaam.
3. Veelal blijven na een ernstige psychotische periode lichtere manische en depressieve fasen elkaar afwisselen met de groote sociale conflicten, hieraan verbonden.
4. Over het algemeen is de echte Manie in de puberteit gekenmerkt door de primaire symptomen: maniakale stemming, gedachtenvlucht en motorische onrust. Het psychiatrische beeld is simpel.
5. Wordt het beeld gecompliceerder door: verwarden gedachten-gang, paranoïde ideeën, illusionaire vervalschingen, etc., dan bestaat de ernstige verdenking op Schizophrenie.
6. Maniakale syndromen ziet men vaak in de puberteit. Ten aanzien van de diagnose Manisch-depressieve psychose zij men zeer voorzichtig en stelt men de diagnose Manie, dan mag men de prognose en de toekomstige ontwikkeling niet al te gunstig stellen.

Een zelfde critische houding moet men ten aanzien van depressieve toestanden in de puberteit aannemen, hoewel het probleem hier geheel anders ligt. Maar evenmin als ieder maniakaal syndroom in de puberteitsjaren binnen de grenzen van de Manisch-

depressieve psychose ligt, behoort iedere Depressie in de ontwikkelingsjaren hiertoe.

Het is merkwaardig, dat in het bij elkaar gezochte materiaal van depressieve beelden, die min of meer het karakter van een echte melancholie dragen, éénmaal een depressief beeld wordt aangetroffen bij een jongen van 13 jaar, en 4-maal op het 19e jaar, terwijl het eenige depressieve beeld in het midden van de puberteit bij een jongen van 16 jaar zich later ontpopte als een Schizophrenie.

Hoewel men zeer voorzichtig moet zijn, uit dit kleine aantal gevallen conclusies te trekken, is men toch geneigd aan te nemen dat maniakale syndromen vooral gevonden worden midden in de puberteitsjaren, op het 14e, 15e, 16e en 17e jaar. Depressieve toestanden kan men eerder verwachten aan het einde van de puberteit in het 19e à 20e jaar.

BESCHRIJVING VAN ENKELE DEPRESSIEVE BEELDEN IN DE PUBERTEITSJAREN.

Geval XVIII. Reg. Nr. 4943.

In de familie bestaat een duidelijke hereditaire belasting. 3 zusters van den vader worden in Santpoort verpleegd.

Herk is altijd een nerveuze jongen geweest, bangelijk en zeer aanhankelijk. Hij heeft altijd goed kunnen leeren, was Nr. 1 op de Lagere school. Van de Lagere school is hij naar de Ambachtsschool gegaan. Op de Ambachtsschool werd hij als voorbeeld gesteld voor alle leerlingen. Hij werkte hard, maar sloeg in de praktijkvakken geen al te best figuur. Wanneer hij op school een kleine berisping kreeg, was hij geheel overstuur. — Op zijn 13e jaar werd hij verdrietig. Hij kwam moe van school thuis en zat dan steeds te prakkizeeren. 's Nachts was hij soms ook onrustig, vloog dan op, was eenigszins in de war, sprak over zijn werk, etc.

Herk wordt 28 October 1922 in de Valeriuskliniek opgenomen. Hij is rustig, beleefd, vriendelijk. Hij vertelt, dat hij zich altijd alles erg aantrok. Wanneer hij op school achter was gekomen, of als men hem plaagde, begon hij altijd gauw te huilen. Hij tobde er over, dat het electricienvak eigenlijk geen toekomst had en dat hij niet Nr. 1 van de klas was.

Sexueele conflicten zijn er, voor zoover na te gaan, niet aanwezig.

Vaak zou hij wenschen dood te zijn.

13 November vertrekt hij weer naar huis. Zijn depressieve verschijnselen zijn grootendeels verdwenen.

In zijn leven heeft zich tot nu toe nooit meer een depressieve periode herhaald. Patiënt is nu ambtenaar bij de Gemeente. Hij herinnert zich nog wel zijn depressieve periode op zijn 13e jaar.

Als vermoedelijke oorzaken geeft hij aan: ten eerste, de veel te groote bezorgdheid van de moeder. Hij was als kleine jongen zoo overgevoelig, dat hij huilen moest, als de juffrouw op school hoofdpijn had en als hij een ongeluk in de courant las, was hij een geheelen avond van streek. In de tweede plaats vond hij, dat hij op de Ambachtsschool niet zoo goed mee kon, als hij wel wenschte.

Daarom werd hij levensmoe en wilde hij dood.

Patiënt is nog steeds niet getrouwd, doch heeft op dit moment wel trouwplannen. Hoewel enkele keeren verloofd geweest, is nu pas een definitieve binding tot stand gekomen.

Wanneer we ons afvragen, welke plaats dezen depressietoestand toekomt in ons klinisch schema, dan schijnt het toch zeer geforceerd, hier de diagnose Manisch-depressieve psychose te stellen. Er zijn geen echte verschijnselen van de Melancholie. Er is bijv. totaal geen geremdheid te constateeren.

De leeftijdsgrens van een echte puberteitsdepressie is op het 13e jaar nog niet bereikt. Ernstige conflicten zijn in dezen levensloop niet te bespeuren.

Dezen toestand zou ik willen rangschikken, onder hetgeen *Carp* beschrijft als individualiseerings-depressie. (*Dr. E. A. D. E. Carp*: „Depressietoestanden bij kinderen in de praepuberteit”, Ned. Tijdschrift v. Psychol., April 1940). Deze eigenaardige, depressief gekleurde syndromen zouden vooral optreden bij kinderen, die tot het remmings-regressie type van *Benjamin* behooren. Bij dit type bestaat een vertraagde Ik-ontwikkeling, gekenmerkt door een gefixeerd blijven aan een vroegere ontwikkelingsperiode, of terugwijkend naar een schijnbaar overwonnen levenstijdperk. Dit ziet men ook heel duidelijk bij dezen jongen, waar de afhankelijkheidsbetrekking tot de moeder heel groot is. Men vindt in dit geval een sterke gebondenheid aan de moeder bij een zeer gevoeligen, nerveuzen jongen, met een bemoeilijkte aanpassing aan de buitenwereld.

Het individualiseeringsproces, dat met een ijzeren wetmatigheid in de ontwikkelingscurve van het individu baanbreekt, tracht deze gebondenheid te verstoren. Het gevolg van de botsing van deze twee krachten is een geestelijke inzinking, die gekenmerkt is door depressieve verschijnselen.

De beschrijving van dit geval correspondeert geheel met de twee gevallen, door *Carp* beschreven in bovengenoemd artikel.

Men vindt dezen toestand schijnbaar bij voorkeur bij het mannelijk geslacht. Juist bij den jongen kan de erotische verhouding moeder en kind zoo buitengewoon sterk zijn. In alle gevallen werd het gevoelige, nerveuze kind door de moeder verwend. Typisch, zoowel voor de gevallen, door *Carp* beschreven, als voor mijn eigen geval, is de eierzuchtige neiging, die een rol speelt. Alle 3 zijn goede leerlingen, tot de besten van de klasse behorend. Nu op

de Middelbare school wordt het moeilijker de eerste van de klas te zijn. Het gevoelige, eierzuchtige kind kan dit niet verdragen.

Door de sterke fixatie aan de moeder is het individualiseeringsproces bemoeilijkt, door de eierzuchtige neigingen is de aanpassing aan de gecompliceerdere maatschappelijke verhoudingen bemoeilijkt.

Een catastrofe is het gevolg. De psychoplastiek is nog zeer „dürftig”. Een onberedeneerd verdrietig gevoel, een neiging wel dood te willen zijn. In één van de gevallen van *Carp* uit de jongen telkens spontaan: „ik wil niet ouder worden”, „ik wil niet, moeder”, „ik wil zoo blijven, als ik was”. Het is volkomen fout, deze gevallen binnen de grenzen der Manisch-depressieve psychose een plaats te willen geven. Als bewijs hiervoor mag in mijn eigen geval wel gelden, dat na bijna 20 jaar geen enkel recidief heeft plaats gevonden.

De noodzakelijkheid van opneming in een psychiatrische inrichting bewijst reeds, dat bij deze patiënten de geestestoestand zóódanig was, dat verblijf in het gezin en in de maatschappij niet meer mogelijk was. In de polikliniek en particuliere practijk vindt men dit syndroom in lichtere mate veelvuldig terug. Het voortdurend triest zijn, het om alles huilen brengt deze kinderen vaak op het spreekuur van den psychiater.

De prognose van deze praepuberele Depressies is gunstig; psychotherapeutische behandeling zal echter noodzakelijk zijn, om neurotische verwikkelingen te voorkomen.

Geval XIX, Reg. Nr. 2436.

De vader en moeder zijn achterneef en achternicht. In de familie zouden geen zenuwziekten voorkomen.

De vader is in Indië; de moeder overleed, toen patiënte 11 jaar oud was. Haar karakter wordt beschreven als stil en teruggetrokken, iets somber. Sporadisch zouden er wel eens uitgelaten buien zijn. Op school werkte ze altijd hard, behaalde op haar 18e jaar het diploma onderwijzeres.

Eenige weken voor de opneming werd patiënte zwaarmoedig. Ze was somber gestemd, had geen lust in haar werk. Ze kon haar werk niet meer aan en moest haar werk als onderwijzeres neerleggen. De toestand verergerde steeds. Patiënte kreeg zelfverwijten. Zij zou nooit opgepast hebben en altijd vreeselijk slecht geweest zijn. Eigenlijk zou ze niet meer bij nette, fatsoenlijke menschen mogen wonen. Eenige maanden geleden zou ze gemeenschap hebben gehad met een neef van haar, met wien ze wel eens uitging. Katamnestisch bleek, dat patiënte nooit sexueelen omgang met hem had gehad, maar alles zoo zwart mogelijk wilde maken. Ze vertelde zwanger te zijn. Er waren wel suicide neigingen te bemerken en patiënte had de tendenz weg te loopen.

19 December 1917 wordt patiënte opgenomen.

Patiënte is depressief gestemd. Zij kan niets. Haar werk gelukt haar heelemaal niet. Zij deugt nergens voor. Wat er van haar terecht moet komen, weet ze niet, want zij is nergens toe in staat. Vanaf Augustus zou patiënte niet meer gemenstrueerd hebben. Bij gynaecologisch onderzoek blijkt van een graviditeit niets.

28 Dec.: Patiënte ligt den geheelen dag diep onder de dekens. Ze spreekt weinig en bemoeit zich totaal niet met de omgeving.

14 Jan. 1918: Een enkelen keer handwerkt patiënte. Meestentijds ligt ze diep onder de dekens te bed. Zeer geringe eetlust.

13 Febr.: Zeer apathisch. Patiënte moet tot alles aangespoord worden. Vele zelfbeschuldigingen.

6 Mrt.: Langzaam is eenige verbetering te bespeuren.

13 Mrt.: Patiënte is veel opgewekter.

20 Mrt.: Submaniakale stemming.

13 Apr.: Patiënte vertrekt naar huis. Zij is wel wat opgewonden en druk. Ze lacht spoedig en spreekt te veel.

In den zomer, die op haar opneming volgt, is patiënte wat opgewekter en drukker, dan zij normaliter is. Het werk als onderwijzeres vlot ook uitmuntend. Begin November wordt patiënte weer depressief en krijgt zij weer op gelijke wijze als het vorige jaar zelfbeschuldigingen.

Deze toestand duurt zonder eenige verandering tot Mei 1919. Dan treedt langzamerhand een verbetering op, tot patiënte in Juni 1919 ontslagen kan worden.

Patiënte heeft nadien haar vak van onderwijzeres opgegeven en een werkkring gezocht in de huishouding bij kinderen.

Eenige jaren werkte zij zeer prettig als zoodanig in verschillende gezinnen, waarna ze het plan had, eenigen tijd in een Fransch predikantsgezin door te brengen. Toen het oogenblik van vertrek echter naderde, werd ze zoo bevreesd voor het onbekende, dat zij geen uitweg meer zag en een zwakke suicidepoging deed. Geleidelijk aan geraakte patiënte weer in een depressieven toestand. Een jaar lang moest patiënte weer verpleegd worden, waarna volledige beterschap optrad. Patiënte is nadien getrouwd, heeft twee kinderen van 11 en 7 jaar en heeft nooit meer een recidief gehad.

Dit geval mogen we wel als een echte Melancholie beschouwen. De depressieve stemming, de geremdheid en de volkomen onredelijke zelfbeschuldigingen vormen het typisch simpele beeld der melancholie. Het recidief en hetzelfde verloop van de 2e phase wijzen eveneens in deze richting.

Naast dit geval van een eenvoudige Melancholie wil ik enkele gevallen van depressie plaatsen, aan welke m.i. een andere plaats in het klinisch schema toekomt, hoewel het klinische syndroom niet zoo gemakkelijk van een Melancholie is te differentieeren.

Er zijn in de familie hereditaire momenten aanwezig. Een broer van den grootvader van vaders zijde heeft tijden, waarin hij krankzinnig is. Een zuster van de moeder heeft zich verdronken in een zwaarmoedige periode. Een andere zuster van de moeder is achterlijk. De vader en moeder zijn neef en nicht.

Patiënte is altijd een prettig, vriendelijk en vroolijk kind geweest. Er zijn in haar leven nooit moeilijkheden geweest. Op school kon ze goed leeren en na de schoolperiode kwam ze bij haar moeder in de huishouding.

Zonder eenige aanleiding werd patiënte moedeloos, nerveus en affectlabiel. Soms begoo ze plotseling te schreien, zonder dat er een oorzaak voor te vinden was. Haar activiteit verminderde. 's Morgens bleef ze het allerliefst in bed liggen. 's Avonds gevoelde ze zich dan wel iets beter. Telkens zei ze: „Ik word nooit beter en ben jullie tot een geweldigen last”. Daarnaast klaagde ze over gevoelloosheid. Voor de ouders zou ze niets meer voelen en ze kwam even koud uit de kerk, als ze er in gegaan was. Ze meende tegen den Heiligen Geest gezondigd te hebben en was bang voor het Eeuwige Leven. Dwangmatig kwamen er allerlei gedachten bij haar op. Als ze een man zag, moest ze zich het verschil tusschen man en vrouw voorstellen. Soms moest ze ook onder dwang den Heer Jezus uitschelden. Steeds meer kreeg de patiënte een afkeer van zichzelf.

Eenige aanleidende oorzaak voor dezen toestand was er niet. Patiënte is niet verloofd en heeft op dit gebied geen conflicten ondervonden.

16 September 1918 wordt patiënte op 19-jarigen leeftijd in de Valeriuskliniek opgenomen.

Patiënte maakt een zeer gedeprimeerden indruk, zit stil te schreien; zegt nooit beter te zullen worden.

18 Sept.: Patiënte vertelt, gedurende het laatste half jaar zoo vreemd te zijn geworden. Ze klaagt over gevoelloosheid ten opzichte van iedereen, ook haar ouders. Niets kan haar meer schelen. De godsdienst laat haar koud, etc. Ze heeft geen lust meer in haar werk en zegt: „'t Is, alsof een booze geest in mij is gevaren”. Er komen zulke rare gedachten in haar op, dat ze deze ternauwernood durft uitspreken. Als ze aan 't dweilen is, moet ze zeggen: „God is een dweil”. Soms ook moet ze dwangmatig zeggen: „Ik moet den Heere Jezus trouwen”.

Tot eind October ongeveer blijft de toestand gelijk. De klachten blijven lusteloosheid, gevoelloosheid, etc. Dan treedt langzaam een lichte verbetering op. Hoewel ze steeds blijft verzekeren, dat ze nooit beter wordt, wordt ze iets actiever en zijn er allerlei objectieve teekenen, die op een verandering in den toestand wijzen.

20 Dec.: Ze wordt iets opgewekter en nu en dan lacht ze om allerlei dingen. Wanneer ze leest, dringt dit meer tot haar door. Haar gelaatsuitdrukking is opgewekter. Over de dwangmatig zich opdringende gedachten spreekt ze niet meer. Toch klaagt ze daarnaast nog vaak er over, dat ze zich niet prettig gevoelt en dat ze nergens zin in heeft. Ze is nog wel nerveus. Wanneer ze op de onderzoekkamer wordt geroepen, schrikt ze erg (haar hart gaat er van jagen). Ze is bang, dat men iets met haar doen zal.

7 Januari 1919: Patiënte is actiever, verricht eenige bezigheden, maar is bang, dat ze het niet goed doet.

14 Jan.: De laatste dagen veel opgewekter. Patiënte vindt het prettig in het Vondelpark te wandelen. Ze wil wel graag naar huis, maar is bang, dat het daar te druk voor haar is.

21 Jan.: Opgewekt en vroolijk. Soms zegt ze nog wel, dat ze niet goed is.

30 Jan.: Patiënte vertrekt naar huis.

In 1928 trouwt patiënte met een veehouder. Ze heeft nu een gezin met 8 kinderen. Ze is nooit meer ziek geweest, nooit meer in een inrichting verpleegd geweest en heeft haar gezin altijd kunnen verzorgen. Patiënte zou nog wel eens zenuwachtig zijn.

Wanneer men deze ziektegeschiedenis leest, heeft men zeer zeker de neiging, ook hier de diagnose melancholie te stellen.

De familiale belasting met depressieve aandoeningen, het zonder eenig conflict of eenige aanleiding uitbreken der psychose, het hoofdzakelijk depressief gekleurde beeld wijzen wel ernstig in de richting der melancholie. Wel is de geheele ziekte doortrokken van dwanggedachten. Nu is dit te bekend in melancholische beelden, om om deze reden de diagnose Melancholie uit te sluiten; aan den anderen kant is daardoor het syndroom niet geheel en al typisch en zou men een andere diagnose kunnen overwegen, bijv. de „Psychasthene Ueberwältigungspsychose”.

Na de beschrijving van de twee volgende ziektegeschiedenissen: kom ik op de diagnostiek van dit geval nog terug.

Geval XXI, Reg. Nr. 9265.

Hereditaire momenten: 3 halfzusters van den vader van patiënt zijn in Santpoort verpleegd geweest, één is in Gheel overleden. De vader van den vader leed aan toevallen en een broer van den vader dronk. Van vaders zijde zijn er dus verschillende belastende momenten aanwezig.

Zijn karakter wordt beschreven als goedig, wel wisselend van stemming, normaal godsdienstig. Hij heeft een ijverigen aard; is meestal op zichzelf, maar heeft wel vrienden. Op de Lagere school kon hij matig leeren, is éénmaal blijven zitten. Hij is bakkersknecht in zijn vaders zaak.

De laatste weken in militairen dienst zou patiënt al niet geheel

normaal zijn geweest. Kort na zijn thuiskomst werden de verschijnselen manifest. In dienst beviel het hem niet goed. Hij zou daar nogal veel gedronken hebben. Daar hij niet goed tegen alcohol kon, had hij nogal uitgelaten buien gehad. Hij zou den laatsten tijd ook wel met vrouwen uit geweest zijn. Bij zijn thuiskomst uit dienst werkte hij de eerste week heel hard. Toen wilde hij niet meer werken; meende, dat zijn broer de wijk had laten verlopen. Zijn broer ging trouwen. Aan de vrouw van dien broer had hij al altijd 't land gehad. Hij werd steeds zwaarmoediger. Soms kwam hij midden uit zijn werk thuis, wilde dan naar den zolder, om zich te sucideeren. Eens wilde hij zich van den zoldertrap laten vallen. Hij kreeg sterke zelfbeschuldigingen. „Ik ben altijd slecht en oneerlijk geweest”. Zijn vader zou hij vaak bestolen hebben, om bier te drinken en sigaren te koopen. De laatste dagen voor zijn opneming was hij ook zeer angstig en had het gevoel „achterna gezeten te worden”. Hij zou ook stemmen hooren, die hem zeiden, dat hij altijd oneerlijk geweest was.

24 September 1930 wordt patiënt op zijn 19e jaar in de Valeriuskliniek opgenomen.

Hij vertelt, dat hij de laatste weken in dienst geen zin meer in zijn werk had.

In zijn diensttijd dronk hij nogal eens een potje bier en hij heeft angst, dat hij dit niet meer zal kunnen laten. Onder invloed van alcohol ging hij dan ook wel met vrouwen uit.

Hij tobt erover, dat zijn vader door zijn schuld failliet zal gaan, want vroeger heeft hij nog wel eens geld weggenomen om uit te gaan. Daar hij met zijn vrienden mee wilde doen, is hij aan 't drinken en rooken geraakt. Hij rookte gemiddeld 30 à 40 sigaretten per dag.

In dienst zou hij door het voorbeeld van enkele van zijn vrienden tot het inzicht zijn gekomen, dat drinken niet goed was. Op deze wijze kwam hij tot schuldbesef.

27 Sept.: Patiënt wil graag naar huis en aan zijn werk. Hij zegt, dat hij zijn leven nu misschien nog kan verbeteren. Het is nu misschien nog niet te laat. Hij is zeer wisselend van stemming; nu eens erg in den put, dan weer zeer opgewekt. Hij reageert adaequaat in zijn gevoelsleven. Na de medeeling, dat de *Wassermann*-reactie negatief is, voelt hij zich aanmerkelijk beter. Er gaat een duidelijke therapeutische invloed van deze mededeeling uit.

Hoewel hij het aanvankelijk prettig vond, opgenomen te worden, wil hij nu maar liever naar huis.

6 Oct.: De stemming is zeer veel verbeterd. Patiënt piekert niet meer en zegt, dat hij weer den moed heeft, met zijn werk te beginnen.

21 Oct.: Patiënt vertrekt naar huis.

Nadien heeft patiënt zich zeer goed aangepast en heeft nooit meer verpleging noodig gehad.

Dezen depressieven toestand kan men zeer zeker niet binnen de grenzen van de Manisch-depressieve psychose een plaats geven. Er is wel een erfelijke belasting in de familie, maar niet specifiek, althans voor zoover bekend, voor de Manisch-depressieve psychose. In de tweede plaats is het syndroom, vooral gekenmerkt door depressieve klachten en zelfbeschuldigingen, toch niet typisch melancholisch. De remming ontbreekt voor een groot deel, en de stemming is wisselend en zeer beïnvloedbaar. Daarnaast zijn er verschillende aanknoopingspunten: de diensttijd, de verlopen kantenwijk, het drinken en uitgaan met vrouwen, die van invloed kunnen geweest zijn op het ontstaan van de depressie. Ook de korte duur wijst in een andere richting.

Geval XXII, Reg. Nr. 2079.

De familie is nerveus en een broer van den vader dronk. Het meisje is altijd zenuwachtig geweest, gauw huilerig en niet erg flink. Ze voelde zich altijd minder dan haar zusjes. Haar intellect was niet al te best. Tot haar 13e jaar bezocht ze de Lagere school en kwam daarna bij haar moeder in de huishouding.

De menstruatie trad pas op 17½-jarigen leeftijd voor 't eerst op.

Eenige weken vóór de opneming werd patiënte verdrietig. Zij kreeg huilbuien; meende niet zoo flink te zijn als haar zusjes en vreesde, niet zoo goed door de wereld te zullen komen. Zij zou één maal uit huis gelopen zijn, om zich te verdrinken, maar kwam uit zichzelf weer thuis. Langzamerhand werd ze ook druk. Schreeuwde in huis, sloeg met een pantoffel tegen den muur en gooide haar pantoffels door huis. Zij vroeg haar vader, haar te slaan, want dat verdiende zij. Wanneer men haar iets te eten wilde geven, meende zij daarvoor niet goed genoeg te zijn.

Op 19-jarigen leeftijd wordt patiënte 16 Maart 1917 opgenomen in de Valeriuskliniek.

Patiënte is gedeprimeerd en heeft voortdurend huilbuien. Het is moeilijk, op vragen antwoord te krijgen. „Zij heeft zooveel slechte dingen gedaan, er is geen uitweg meer”. Haar zusters en broers zijn beter en meer dan zijzelf. Alle menschen kunnen veel meer dan zij. Patiënte heeft sterke insufficiëntegevoelens.

De laatste weken durfde zij ook niet naar de kerk, daar zij een verloren en slecht mensch is. Zij vertelt, dat ze nu en dan suïcideneigingen had. Het werken ging niet goed en het opstaan viel haar moeilijk.

24 Maart: Patiënte huilt voortdurend. Zij heeft veel zelfbeschuldigingen. Bij haar is alles hopeloos. Haar fouten zullen haar niet vergeven worden.

Deze toestand duurt voort tot Mei, waarna geleidelijk verandering optreedt. Eind Juni wordt patiënte genezen ontslagen.

Nadien heeft zich ook bij deze patiënte nooit meer een herhaling van dezen of een soortgelijken toestand voorgedaan.

Ook hier weer een depressief syndroom. Er is geen manisch-depressieve belasting. De psychose is van korten duur. Vooral het begin van den psychotischen toestand, waarin patiënte druk en lawaaiër is, is niet adaequaat aan den melancholischen toestand.

Deze 3 laatste psychosen zou ik nu tegenover geval XIX willen plaatsen. Bij deze patiënte is de diagnose Melancholie vrijwel zeker. Bij een volkomen normaal meisje ontstaat zonder aanleiding een syndroom, dat de typische primaire symptomen der melancholie vertoont. Op haar 19e jaar volgen vrij snel op elkaar twee depressieve fasen, gescheiden door een submaniakale tusschenperiode. Zoowel de submaniakale phase als de beide depressieve fasen duren ongeveer $\frac{1}{2}$ jaar, zoodat de patiënte meer dan $1\frac{1}{2}$ jaar achtereen als ziek is te beschouwen. In het leven herhaalt zich een depressieve periode van ± 1 jaar, waarna weer volledig herstel optreedt.

De 3 hierop volgende gevallen XX, XXI en XXII wijken m.i. hiervan af, hoewel in al deze ziekten een depressief syndroom op den voorgrond treedt en ook in alle gevallen op den zelfden leeftijd, n.l. 19 jaar, de ziekte uitbreekt.

1. Men vindt namelijk in géén van deze ziektegeschiedenissen enig maniakaal of submaniakaal verschijnsel, voorafgaande of volgende op de depressieve perioden.
2. Er is in géén van deze 3 gevallen over langeren tijd, resp. 23 jaar, 11 jaar en 24 jaar, een recidief opgetreden.
3. Het zijn kortdurende psychosen.
4. Hoewel het ziektesyndroom van de laatste 3 gevallen niet gelijk is, wijkt het af van geval XIX, daar het niet geheel en al correspondeert met een simpele Melancholie.

Bij patiënte XX zijn n.l. de depressieve verschijnselen vermengd met dwangdenkbeelden. Daar de ziektegeschiedenis niet nauwkeuriger op eventueele psychasthene karaktertrekken ingaat en ook in het na-onderzoek dit niet mogelijk was, blijft het hypothetisch, hier verdere conclusies uit te trekken. Men weet, dat de puberteit een gunstige bodem is voor de ontwikkeling van psychasthene neurosen, of voor het manifest worden van psychasthene karaktertrekken. De mogelijkheid, dat in dit geval de puberteit mede een pathogenetische rol speelt, lijkt mij op grond van de vele dwangverschijnselen, het ontbreken van maniakale symptomen en het ontbreken van een recidief, niet denkbeeldig.

Welke rol de puberteit gespeeld heeft, kan helaas niet verder worden uitgewerkt, vooral door gebrek aan uitvoeriger gegevens.

Bij patiënt XXI is het veel duidelijker, dat dit depressieve syndroom los staat van de Manisch-depressieve psychose. Hoewel het stemmingsleven overwegend aan den depressieven kant is, wisselen tegengestelde affecten elkaar af. De stemming is zeer beïnvloedbaar. Er zijn verschillende psychogene momenten.

Hier komt de pathogenetische rol van de puberteit veel sterker naar voren. Het zich aanvankelijk uitleven en uitgaan met vrienden, met alle gevolgen hieraan verbonden, vindt plaats in den expansiedrang van de puberteitsjaren.

Op de aanvankelijke teruggetrokkenheid, die het begin der puberteitsjaren kenmerkt, op de periode van „Verneinung”, volgt het ja zeggen op het leven, een toekeering naar de dingen en de mogelijkheden, die het leven biedt. Zonder critiek werpt de puber zich op alles, wat zich in zijn leven voordoet en als aantrekkelijk wordt aangeprezen. Men zou een derde tijdperk moeten onderscheiden, dat hierop volgt.

Tot consolidatie der persoonlijkheid, tot den eigen innerlijken opbouw wordt nu uit al deze gebieden een keuze gedaan. Het ééne wordt centraal gesteld, het andere wordt als niet waardevol zijnde in den verderen levensloop geen plaats gegund. Er komt na het proeven een innerlijke keuze.

De puberteit wordt als 't ware afgesloten door een periode van inkeer, waarbij de levenservaring wordt geschilderd en kritisch de afgelopen jaren worden beschouwd. In deze afsluiting der puberteit, die tegelijkertijd een opening vormt tot het volwassen verantwoordelijke bestaan, zien we ook vaak de „Bejahung” ten aanzien van het religieuze leven.

Spranger onderscheidt in de ontwikkeling van het religieuze leven in de puberteit 3 fasen: Het eerste religieuze hoogtepunt in het begin der puberteitsjaren, de periode van twijfel en negatieve houding ten aanzien van godsdienst in het midden dezer jaren, afgesloten door een tijdstip of tijdperk, waarop definitief ten aanzien der religie een keuze wordt gedaan. Dit kan een „Bejahung” zijn.

Volgens *Spranger* zou dit ook aan het eind der puberteit plaats vinden, zoo ongeveer om en bij het 20e jaar.

Nadat de psychische inventaris der kinderjaren beetje bij beetje is losgelaten, tot uiting komend in de aanvankelijk negatieve instelling in 't begin der puberteitsjaren, zoeken de expansieve neigingen voedsel in de wereld buiten het huisgezin. Chaotisch en tegenstrijdig zijn de bindingen en interesse, die dezen jaren hun typisch aanzien geven. Het geheel is nog niet gestructureerd, niet samengevat in een éénheid, die op een vast fundament, doelbewust haar richting gaat.

De puberteit is de meest markante phase van desintegratie en tegen het 19e à 20e jaar komt van binnen uit de neiging tot integratie op een hooger niveau.

Het is opvallend, dat de depressieve aandoeningen in ons materiaal juist corresponderen met het begin- en eindpunt der ontwikkelingsjaren.

Een grooter materiaal zal misschien op den duur den samenhang blootleggen, die bestaat tusschen de praepuberaale depressie en de periode in de puberteit, die *Charlotte Bühler* aanduidt met negatieve phase.

Carp legt den nadruk op het critische moment van de sexueel-erotische bindingen op dezen leeftijd, vooral bij het jongetje.

Charlotte Bühler accentueert meer den biologischen samenhang in het vrouwenleven tusschen de negatieve stemming en veranderingen in de geslachtelijke sfeer.

Genoeg bekend zijn de ongemotiveerde depressieve stemmingen in het begin der zwangerschap en de bijna altijd aanwezige sombere gevoelston in de overgangsjaren. Afgezien van psychoanalytische verklaringen, ontkomt men niet aan het aanvaarden van een directen samenhang tusschen het begin van de nieuwe ontwikkelingsphase in de lichamelijke sfeer en een veranderd stemmingsleven.

Het 12e à 13e jaar, dus het begin der puberteit, schijnt in de eerste plaats een critiek oogenblik te zijn in de ontwikkeling van het kind. De mogelijkheid van ontsporingen, die niet met bepaalde ziekten samenhangen, maar het gevolg zijn van ontwikkelingsmoeilijkheden, is dus in de eerste plaats gegeven op het 12e à 13e jaar.

In den tijd van het 12e à 13e tot het 18e à 19e jaar zien we weinig depressieve syndromen en vele maniakale verschijnselen, zooals we in het voorafgaande gezien hebben.

Aan het eind van de puberteitsjaren, wanneer de integreerende tendenzen het psychische leven opnieuw trachten te structureeren, volgt weer een critiek oogenblik. Het kan nu gebeuren, dat de integratie niet gelukt en dit zich manifesteert in het optreden van depressieve verschijnselen.

Patiënt XXI lijkt mij een typisch voorbeeld daarvan.

Deze jongen met een matig intellect, die in zijn puberteitsjaren nogal gaarne mee uitgaat met zijn vrienden, onder invloed van alcohol zich ook laat verleiden met vrouwen uit te gaan, komt in zijn diensttijd in de periode van inkeer. Hij tracht af te rekenen met zijn vroegere leven en wil opnieuw beginnen. Thuis gekomen, vindt hij een verlopen bakkerswijk. Angst voor een herhaling van vroegere gebeurtenissen, vrees voor faillissement van den vader, vermengen zich nu met schuldgevoelens over zijn aandeel in deze zaak en de integratie komt niet tot stand.

De psychose, die zich ontwikkelt, het depressieve syndroom,

lijkt mij samen te hangen met het niet gelukken van de integratie.

De praepuberbare depressie hangt samen met het niet loskomen van de kinderjaren. De depressie aan het eind van de puberteitsjaren met het niet gelukken van de integratie.

Beide zijn uiting van ontwikkelingspsychosen en geen uiting van een bepaalden aanleg of een bepaalde ziekte.

In het 3e geval, bij patiënte XXII, gelukt de integratie niet bij een meisje met een zeer matig intellect, dat altijd al sterke insufficiëntiegevoelens heeft gehad. De menstruatie is hier heel laat opgetreden, pas op het 17e jaar. Bij dit licht debiele, infantiele meisje, zich insufficiënt voelend naast haar broers en zusters, gelukt ook de integratie niet en een, van een Melancholie afwijkend, depressief syndroom ontwikkelt zich.

Resumeerend kan ik zeggen, dat aan het eind van de puberteit kortdurende psychosen optreden, waarin de depressieve verschijnselen domineerend zijn, maar het geheel niet typisch is voor de Melancholie. De prognose is niet alleen voor den afloop van deze psychose gunstig te stellen, maar ook voor den verderen levensloop. Aan het feit, dat deze psychosen met ontwikkelingsstoornissen samenhangen, ontleen ik het recht, hier van Puberteitspsychosen te spreken.

Het lijkt mij belangrijk de ziektegeschiedenis hier bij te voegen van het eenige geval van het ontstaan van een depressief syndroom midden in de ontwikkelingsjaren, waarbij uit het na-onderzoek bleek, dat dit nu juist het begin van een schizophreen proces was.

Geval XXIII, Reg. Nr. 6398.

Er is geen hereditaire belasting. Hendrik is altijd een jongen geweest met een gesloten karakter. Hij was netjes van aard, niet scrupuleus. Zijn geheele gedrag was nooit opvallend.

Hij was een middelmatige leerling. De vader, zelf bij het onderwijs werkzaam, had den jongen gaarne op de M.U.L.O.-school gehouden, maar Hendrik hechtte voorkeur aan het werken bij een boer. Nadat hij twee jaar bij een boer had gewerkt, begonnen geleidelijk aan psychische klachten te voorschijn te treden.

Hij begon te klagen, dat de arbeid hem te zwaar was. Hij meende, dat zijn lichaam niet goed was. Zijn rug zou rond zijn en zijn lichaam zou eigenlijk geheel vernield zijn. Hij kon niet begripen, dat God hem met zijn zwakke lichaam zooveel liet lijden.

Zijn geestelijk leven zou, volgens Hendrik zelf, altijd machinaal geweest zijn, zonder werkelijk gevoel. Hij zou nooit echt gebeden hebben. Toch had hij niet het gevoel verloren te zijn. Hij meende zelfs, naar den Hemel te zullen gaan. Van dit leven behoefde hij niets meer te verwachten. Suicideneigingen werden nooit bij hem bemerkt. Wèl riep hij soms: „Was ik maar dood!”

Patiënt wordt op 16-jarigen leeftijd op 4 Juni 1925 in de Valeriuskliniek opgenomen.

Hij maakt een gedeprimeerden indruk, laat het hoofd hangen, spreekt op zachten, eenigszins klagenden toon. Typisch geremd is hij niet.

„Nu is het einde, ik ben heelemaal op”. „Had ik maar eens tegen mijn vader gezegd, dat ik het werk niet aankon, want ik wist, na twee maanden gewerkt te hebben bij den boer, al, dat het niet ging”.

„Het leven heeft geen waarde meer voor mij, ik wou, dat ik maar dood was, want ik ben toch verzekerd, dat ik voor mijn leven een stumpert ben. Het gaat mij door merg en been, die stuiptrekkingen. O, wat is dat verschrikkelijk, dat ik mijn leven niet terugnemen kan”.

Op godsdienstig gebied uit hij vele zelfverwijten. Zijn kameraden vloekten vaak. Daaraan deed hij niet mee, maar eigenlijk gelooft hij ook niet aan God.

19 Juni: Patiënt zou veel geonaneerd hebben. Daarover heeft hij ook steeds zelfbeschuldigingen. Hij heeft berouw over alles, wat hij gedaan heeft. Vraagt men hem, wat hij dan zooal op zijn geweten heeft, dan komt er niets. Hij is nog steeds gedeprimeerd, huilt veel, kan niet meer leven, etc.

24 Juni: Soms zeer angstig; meent dan spoedig te zullen sterven. Vraagt den dokter, hem de waarheid te willen meedeelen.

29 Juni: Nu en dan bijt en krabt patiënt zich. Een enkele maal speelt hij wel eens fluit. Soms lacht hij ondanks zichzelf. Verder blijft de toestand gelijk.

2 Sept.: Soms heftige lachbuien om de kleinste kleinigheid. Hij zegt zelf, heelemaal niet vroolijk te zijn, als hij lacht. Hij is integendeel dan dikwijls angstig en bang te zullen moeten sterven, terwijl hij zooveel zonden gedaan heeft.

In October gaat hij langzaam aan vooruit.

23 December vertrekt hij naar huis. Hij is zeer verbeterd. In zijn doen en laten zijn nog lichte remmingsverschijnselen. Er is goed contact met hem mogelijk en affectief toont hij een warm gemoed.

In een brief, gedateerd 22 September 1927, bericht de vader, dat Hendrik volgens de omgeving weinig of geheel geen abnormale verschijnselen meer vertoont. De ouders vinden hem echter vaak moeilijk, stug en tegenstrevend. Vooral opvallend is zijn inactiviteit en zijn volkomen gemis aan initiatief ten aanzien van een of ander werk.

Nadien is patiënt 5 jaar op een kantoor werkzaam geweest, waarna hij trouwde met een meisje uit het dorp. Zijn vrouw behartigt de zaken van een winkeltje en hij is nu en dan behulpzaam, maar komt uit zichzelf tot niets. In 1934 werd hij nog eens ge-

durende $\frac{1}{2}$ jaar verpleegd. De diagnose luidde Schizofrenie.

Ook hier een voornamelijk depressief syndroom.

Het aparte coloriet van deze depressie wordt verleend door de hypochondere elementen, die duidelijk in dit ziektebeeld naar voren komen. Nu hebben we in het eerste hoofdstuk al gezien, dat hypochondere verschijnselen zeer suspect zijn voor de Schizofrenie. Uitdrukkingen als: „Mijn rug is krom”, „Mijn lichaam is vernield” passen niet meer in het melancholische beeld, maar wijzen in de richting van een procespsychose.

Ook ontbreken hier voorafgaande of volgende maniakale uitlagen, hetgeen ook tegen de diagnose Manisch-depressieve psychose pleit. Bij de eenige depressie, die zonder eenigen twijfel binnen het kader der Manisch-depressieve psychose valt, geval XIX, vinden wij duidelijk den eersten depressieven aanval overgaan in een hypomanen toestand, waarna een terugzinking in de depressie weer optreedt.

Evenals we zeer kritisch moeten staan ten aanzien van diagnose en prognose der manische psychosen in de puberteit, moeten we zeer voorzichtig zijn met de diagnose Melancholie in deze jaren. Terwijl de prognose der manische fasen over het algemeen nogal ongunstig is, daar vele van deze gevallen in de Schizofrenie thuis-hooren, of wel, als ze behooren tot de Manisch-depressieve psychose, deze een tamelijk ongunstig verloop neemt, is de prognose der depressieve perioden tamelijk gunstig, daar verschillende van deze ziektebeelden tot de integratiepsychosen behooren.

De eenige echte Melancholie, die ik vond beneden het 20e jaar, geval XIX, waarbij de depressie op het 19e jaar uitbrak, heeft ook een gunstige prognose, wat den verderen levensloop betreft. Helaas was het in de meeste gevallen niet mogelijk, de rol der verschillende factoren, die in de pathogenese dezer gevallen hebben mee-gespeeld, nauwkeurig uit te stippelen.

In de litteratuur wordt er vooral ook door *Hutter* op gewezen, dat puberteitsdepressies, waarvan de endogeniteit kan worden vast-gesteld, niet veelvuldig zijn.

Rümke wijst er op, dat het ontbreken van hereditet tegen de diagnose Manisch-depressieve psychose pleit.

Volgens *Ssucharewa* zouden de puberteits-Schizofrenieën zich vaak in den vorm van manische en depressieve fasen openbaren.

HOOFDSTUK V.

PUBERTEITSPSYCHOSEN

In het voorgaande hoofdstuk introduceerde ik reeds even den naam Puberteitspsychose. — In de litteratuur zal men dezen naam weinig tegenkomen en, behalve in de Hollandsche litteratuur, treft men hem uitermate zelden aan.

Wille komt in zijn „Die Psychosen des Pubertätsalters” van 1897 in een studie over „Psychosen in de puberteit” tot de conclusie, dat men niet gerechtigd is, een specifieke Puberteitspsychose aan te nemen.

„Es gibt kein Pubertätsirresein als Krankheitsform”.

Merkwaardig lang handhaaft deze opvatting zich in de klinische psychiatrie, of liever gezegd, men gaat jaren lang aan deze vraag voorbij.

Kehrer zegt in 1921 in „Der Fall Arnold”: „Es ist merkwürdig, wie kurz alle Autoren über die Frage der „Pubertätspsychosen” hinweggehen”. Kehrer wijst in dit artikel op het eigenaardige feit, dat, terwijl de vraag naar de verhouding van climacterium en psychose tot de heftigste discussies aanleiding gaf, de vraag naar den samenhang van puberteit en psychose überhaupt niet als probleem werd gezien.

De reden van deze eigenaardige instelling ligt waarschijnlijk in de overmatige beteekenis, die aan de Schizophrenie werd gegeven. Alle psychosen, die in de puberteitsjaren manifest werden, werden onder invloed van de instelling van de nog niet zoo ver achter ons liggende periode als Schizophrenie gebrandmerkt, behalve wanneer natuurlijk het klinische syndroom duidelijk in de richting van de Manisch-depressieve psychose wees.

Bleuler ontkende ook het bestaan van Puberteitspsychosen.

Onder invloed van de veranderde instelling der laatste jaren, die uit het geheele schizophreniegebied tracht de randpsychosen uit te pellen, wordt ook de puberteit als factor van beteekenis in de pathogenese der psychose naar voren gehaald.

In ons land zijn het vooral Van der Horst en Rümke, die de Puberteitspsychosen een plaats gaven in het klinische schema.

De provokeerende en psychoplastische beteekenis der puberteit werd veel eerder naar waarde geschat dan de pathogenetische. Rümke wijst op een stoornis in de regulatie en integratie van het driftleven, hetgeen in bepaalde gevallen tot een toestand van volkomen desintegratie zou kunnen voeren, een toestand, die dan aan te duiden zou zijn met Puberteitspsychose.

Van der Horst beschrijft in 1936 en 1938 verschillende Puberteitspsychosen. Volgens dezen schrijver zijn Puberteitspsychosen psychische stoornissen, waarvan de genese in de puberteit is gelegen. De puberteit heeft men dan echter niet alleen te beschouwen als een lichamelijk ontwikkelingsproces, dat zijn eind heeft bereikt, wanneer de geslachtsklieren tot rijpheid zijn gekomen, maar de puberteit strekt zich uit tot aan het punt, waarop de psychische integratie tot stand is gekomen.

Laatstgenoemde schrijver heeft vooral den laatsten tijd getracht van anthropologische zijde dit onderwerp te benaderen. Zijn boek „Anthropologische psychiatrie” ruimt een groote plaats in aan de randpsychosen, waaronder ook de Puberteitspsychosen vallen. Méér dan voor de bekende klinische groepen, is voor de randpsychosen deze beschouwingwijze van uitermate groote beteekenis, daar in de psychogene psychosen en ook in de puberteits- en integratiepsychosen voortdurend de existentieele spanningen van den mensch zich manifesteren. De klinische en analytische beschouwingwijze, of al die beschouwingwijzen, die den mensch onder een bepaald aspect benaderen, blijven dikwijls al te ver verwijderd van deze existentieele spanning.

Van der Horst onderscheidt in het Hoofdstuk „Puberteitspsychoses” van zijn boek „Anthropologische psychiatrie” enkele pathologische syndromen, die grootendeels uit de normale psychopathologie van de puberteit zijn te verstaan; puberteitspsychosen in dien zin, dat de pathogenese door de rijping wordt bepaald.

Ten eerste de juveniele psychoneuroses of puberteitsdepressies, tot uiting komend in het begin van de puberteit. Ten tweede de juveniele mythomanieën of *délire d' imagination* in de middenphase der puberteit en ten derde de integratiepsychoses bij den overgang van puberteit naar adolescentie.

Bürger-Prinz vindt op een materiaal van 68 geestelijke aberraties, bij kinderen en jeugdigen, 20 gevallen van merkwaardige ontwikkelingsfasen of „Pubertätskrisen”. Al deze gevallen zouden niet behooren tot de endogene of procespsychosen. Hij wijst op het belang van het kennen van deze toestanden in de puberteit. Helaas wordt alleen maar kort een indeeling gegeven, zonder nadere beschrijving der ziektegeschiedenissen. Hij onderscheidt:

1. hypomanische Pubertät
2. ängstlich-hypochondrische Pubertät
3. puberale Antriebsverarmung
4. gesteigerte Pubertät
5. affektiv-dekompensierte Pubertät
6. anankastische Pubertät

Meerdere aanknoopingspunten in de litteratuur zijn er niet. In mijn materiaal vond ik 20 gevallen van psychosen in de pu-

berteitsjaren, die, wat klinisch syndroom betreft, een zeer gevarieerd beeld vertoonen en diagnostisch ondergeordend zijn in zeer verschillend groepen (Degeneratiepsychose, Psychogene Psychose, Hysterische psychose, Degeneratieve toestand, Puberteitspsychose, etc.), maar die bijna alle een buitengewoon gunstig verloop nemen.

In alle gevallen, die niet met den dood eindigen, treedt een volkomen herstel op en geen recidief.

Bij verschillende gevallen ligt de periode der psychose reeds 20—25 jaren terug; in enkele gevallen echter een veel minder langen tijd.

Hoewel enkele gevallen een schizophtreen gekleurd beeld vertoonen, zijn er nooit typische schizophtrene kenmerken, die de diagnose Schizophrenie rechtvaardigen.

De saambindende elementen van deze groep psychosen zijn dus het optreden in de puberteitsjaren, het niet behooren tot de Schizophrenie of Manisch-depressieve psychose, het gunstige verloop en het niet recidiveeren.

Nu geeft het feit, dat een psychose in de puberteitsjaren optreedt, ons niet het recht, om deze reden van een Puberteitspsychose te spreken. Wanneer het nu echter zou gelukken, de pathogenetische beteekenis van de puberteit in deze gevallen aan te toonen, dan zou men met meer recht de diagnose Puberteitspsychose in mogen voeren.

De verdeeling in leeftijdsgroepen is de volgende:

1 patiënt	van 12 jaar
1 „	„ 15 „
7 patiënten	„ 17 „
4 „	„ 18 „
6 „	„ 19 „
1 patiënt	„ 20 „

Men mag hieruit wel de conclusie trekken, dat genees'lijke psychosen, die niet tot de Manisch-depressieve psychose behooren, beneden het 17e jaar practisch niet voorkomen. De Puberteitspsychose vindt men dan ook nauwelijks beneden dezen leeftijd. Vindt men psychosen op jongeren leeftijd, die moeilijk klinisch te plaatsen zijn, dan zullen deze wel meestal behooren tot de Schizophrenie. In het hoofdstuk over Schizophrenie op den kinderleeftijd is ook nader uitgewerkt, dat schijnbaar psychogene of puberteitspsychosen op den leeftijd beneden het 15e jaar bijna alle tot de Schizophrenie behooren.

Deze groep van 20 psychosen bestaat uit 8 gevallen van het mannelijk en 12 van het vrouwelijk geslacht.

Vier van deze gevallen zijn reeds in het vorige hoofdstuk beschreven.

BESCHRIJVING DER VERSCHILLENDE GEVALLEN.

Geval XXIV, Reg. Nr. 10216.

In de familie zijn totaal geen hereditaire momenten aanwezig. Het karakter van dit meisje wordt beschreven als opgewekt en lief, meegaande, gewillig, niet „geltungsbedürftig”. De menstruatie is op 't 12e jaar ingetreden.

Patiënte heeft na de Lagere school de Industrieschool afgeloopt en is nu als patroonteekenares werkzaam in een modezaak.

In Juli 1932 deed patiënte op 17-jarigen leeftijd eindexamen van de Industrieschool. Ze was daarna wel wat stil en gedeprimeerd en zag erg tegen haar betrekking op, waar ze na de vacantie zou komen.

Den nacht, vóórdat ze aan het werk zou gaan, kreeg ze een aanval. Ze was bang, dat ze sterven zou, voelde zich koud worden, etc. Patiënte is toen niet buiten bewustzijn geweest. Twee weken geleden was een vriendin van haar gestorven. Hiervan was patiënte zeer geschrokken en diep onder den indruk. Toen ze op 1 September voor het eerst aan 't werk ging, kreeg ze op haar werk een aanval, waarbij ze blauw en stijf werd. Ze zou ook even buiten bewustzijn geweest zijn.

Direct daarna geraakte ze min of meer in een verwarden toestand. Ze meende dood te gaan; zei, dat ze het plan had, zich met gas te suicideeren. Over het algemeen sprak ze veel en was ze zeer druk. Nu en dan trad ze aggressief op en somtijds ontkleedde ze zich geheel.

Begin Augustus zou ze met een jongen uit geweest zijn, hoewel deze het ontkende.

5 September 1932 wordt patiënte in de Valeriuskliniek opgenomen.

Zij is onrustig bij de opneming, geeft haar moeder bij het afscheid nemen een klap. De oriëntatie in tijd en plaats is goed. Zij weet, waar ze is; neemt de omgeving goed in zich op.

„Ik ben heusch niet gek, maar ik moet hebben warmte, liefde, licht, heeft mijn verloofde gezegd. Snappez-vous. Ik stel me reuze aan, vindt U niet? Ik stel me zoo aan, omdat Flip erbij moet zijn. Wat aan mij mankeert, is hartstocht. Er is niets gebeurd met mijn verloofde, zoo fatsoenlijk ben ik wel. Ik zou trouwens ook niet durven. Thuis hebben ze altijd gezegd, dat ik te hartstochtelijk ben”.

Patiënte ligt gedurende het gesprek met haar buik op den onderzoekstoel. Zoo nu en dan scheldt ze op haar ouders, „die idioten”. Tegen den dokter zegt ze: „Och man, je verveelt me doodelijk”.

7 Sept.: Patiënte is zeer druk en lastig. Ze kruipt bij andere patiënten in bed en gedraagt zich erotisch ontremd. Nu en dan

tracht ze te exhibitionneeren en zegt stapelgek te zullen worden, wanneer haar verlangens niet bevredigd worden.

9 Sept.: Patiënte laat zich volkomen gaan. Ze zegt de gekste dingen, scheldt en vloekt. Een ander moment heeft ze huilbuiën. Patiënte maakt zelf de opmerking, dat alles l. d. v. d. is, d.w.z. liefdesverdriet. In haar uitdrukkingen is ze zeer ontremd. „Pas op, of ik geef je een klap in je smoel. Ik wil gaan liggen, anders val ik flauw. Water heb ik noodig. Ik zie zoo wit als de dood van Pierlala, G. v. d. Ik moet hier vloeken als een heiden. Waar is Flip? Anders bezorgen ze me een hartverlamming”.

21 Sept.: Patiënte is onrustig met sterk decorumverlies. Ze spuwpt op den grond, is voortdurend incontinent en steekt de tong tegen iedereen uit, etc. De taal is nog steeds zeer onkuisch.

3 Oct.: Na eenige rustige dagen is patiënte weer onrustiger geworden. Ze „gansert” voortdurend. Ze zegt, zich zoo gelukkig te gevoelen, omdat het geen mop is, omdat het regent. „Denk om Uw eigen vrouwtje” zegt ze tegen den arts, terwijl ze tracht handtastelijk te worden.

14 Oct.: Patiënte gaat goed vooruit. Nu en dan nog wat ontremd en onrustig. Over 't algemeen is ze veel beheerschter en kan ze wel op een rustige afdeling worden verpleegd.

9 Nov.: Goede vooruitgang. Patiënte gevoelt zich zelf ook veel beter. Ze staat nu en dan op en heeft geregeld bezoek. 't Kost haar nog moeite, haar affecten te beheerschen. Vaak nog huilbuiën. Ze begint haar conflicten, voorafgaande aan haar ziekte, te verwerken.

23 Nov.: Patiënte vertelt, dat kort voor haar ziekte, zij met haar verloofde, haar broer en de zuster van haar verloofde een fiets-tochtje langs de jeugdherbergen hebben gemaakt. Deze fietstocht zou haar erg vermoeid en geëmotioneerd hebben. Enkele dagen daarna op 31 Aug. is ze weer een dag met haar verloofde uit geweest. Ze spraken toen samen veel over sexueele dingen en hadden ook sexueelen omgang met elkaar. Wat daarna gebeurd is, weet patiënte zich niet meer heelemaal te herinneren. Thuis zou ze toen verward geworden zijn. Er zijn nog meer moeilijkheden, waarover patiënte tobt en die ze gaarne wil bespreken.

16 Dec.: Patiënte wordt genezen ontslagen.

Nadien heeft een dergelijke toestand zich nooit meer herhaald.

In 1934 heeft patiënte zich verloofd. Ze deed in dezen tijd voor haar moeder de huishouding, daar deze dikwijls ernstig ziek was. Na den dood van haar moeder in 1936 had ze een moeilijken tijd. Het kostte haar zeer veel inspanning, zich over haar verdriet heen te zetten. Na nog 2 jaren de huishouding voor haar vader en broers gedaan te hebben, trouwde ze in 1938.

In Mei 1940 werd haar eerste kindje juist in de oorlogsdagen geboren. Nadien heeft patiënte 2 maanden moeilijk kunnen spre-

ken. Zij gevoelt zich zeer gelukkig en handhaaft zich volkomen in het leven.

Bij dit meisje bestaat de neiging, psychische conflicten in het lichamelijke te converteeren. Vóór haar psychose had ze aanvallen, waarbij ze koud en stijf werd en het gevoel had, dood te zullen gaan. Na de geboorte van haar kindje kreeg ze, waarschijnlijk mede door de emotie der oorlogsdagen, een hysterische aphonie.

Hoewel in de familie geen hereditaire momenten aanwezig zijn, mag men op grond van de conversieverschijnselen wel concluderen, dat dit meisje een labielen aanleg heeft en moeilijk weerstand kan bieden aan groote emoties. Van een hysterisch karakter is in dit geval geen sprake. Noch uit de karakterbeschrijving, noch bij het na-onderzoek bleek een „Geltungsbedürfnis” aanwezig te zijn, of andere trekken, die kenmerkend zijn voor het hysterische karakter.

Er bestaat in dit geval wel een dispositie tot psychische stoornissen.

Wanneer we het klinische syndroom van deze psychose onder de loupe nemen, dan is in de eerste plaats opvallend, dat we geen hallucinatoire of illusionaire belevingen aantreffen, geen enkelen paranoïden trek, geen afwijkingen op het gebied der psychomotiliteit etc.

Het is een volkomen ontremde toestand. Patiënte is motorisch onrustig, beweeg'lijk, vliegt van 't een naar 't ander; ze is erotisch zeer ontremd, exhibitioneert, is handtastelijk ten aanzien van de artsen, gebruikt obscene woorden. Daarnaast heeft patiënte een sterk decorumverlies. Ze scheldt en vloekt, ontkleedt zich, ligt in de meest vreemde houdingen en is zeer ongemanierd. Infantiele trekken en theatrale gebaren geven het syndroom een speelsch aanzien.

Wanneer men hier de diagnose Hysterische psychose stelt, dan kan men hiervoor verschillende argumenten naar voren brengen. De neiging tot conversieverschijnselen en het psychische conflict, dat de psychose „ausgelöst” heeft, schuiven het ook klinisch te gemakkelijk gebruikte begrip Hysterie of Hysterische psychose naar voren.

Wanneer men het klinische syndroom analyseert, dan kost het eenige moeite, dit beeld in de Hysterische psychose een plaats te geven.

De Hysterische psychose is toch eigenlijk de Hysterische schemertoestand. Dit wil zeggen een kortdurende psychose van enkele uren tot weken, uitgebroken in aansluiting aan een psychisch conflict, met een scherp afgegrensd begin en einde. De daling van den bewustzijnsgraad brengt met zich mede desorientatieverschijnselen en een verlies van de herinnering. Dikwijls is het gedrag

der patiënten tamelijk geordend, vaak treden allerlei impulsieve handelingen op, ook in den vorm van gewelddadige handelingen. Illusionaire vervalschingen en hallucinatoire belevingen completeeren dikwijls het ziektebeeld.

Bij deze patiënte is zeer zeker van het begin af aan nooit sprake geweest van gedesorienteerdheid. Wel bestaat er aan 't eind van de psychose eenig herinneringsverlies. Patiënte verklaart althans zich niet alles meer te kunnen herinneren. Nu is dit een te veelvuldig voorkomend verschijnsel bij acute psychosen, om alleen om dezen reden een psychose tot den Hysterischen schemertoestand te rekenen. Het klinische beeld en ook de langere duur passen niet in de Hysterische psychose.

Men kan zich dan natuurlijk afvragen, of deze psychose, bij welke de pathogene werking van een psychisch trauma niet uit te sluiten is, niet in het wijdere verband der Psychogene psychosen kan worden opgenomen.

Jaspers verstaat onder Psychogene psychosen „die Reaktionen, deren Inhalt in verständlichen Zusammenhang mit dem Erlebnis steht, die nicht aufgetreten wären ohne das Erlebnis, und die in ihrem Verlauf von dem Erlebnis und seinen Zusammenhängen abhängig sind”. Hij voegt hieraan toe: „Die Psychose bleibt auf das zentrale Erlebnis bezogen”.

Het paranoid-hallucinatoire syndroom van de „Haftpsychose” staat in direct oorzakelijk verband met het beroofd zijn van vrijheid, de beklemming der vier muren, etc.; de depressieve reacties na heftige emoties naderen geheel het invoelbare.

Op hetzelfde niveau ligt niet de erotische ontremming van bovengenoemde patiënte na het sexuele trauma. Het verdriet en de gedeprimeerde stemming staan in begrijpelijke relatie tot een trauma op een of ander gebied, de explosieve ontlading bij toorn is een extreme vorm van een normale reactie; de ontremmingsverschijnselen staan niet in dezelfde verhouding tot een psychisch trauma.

Ook in dit geval komt aan het psychische trauma een pathogenetische beteekenis toe. Het heeft niet alleen een „auslösende” waarde; maar toch is de beteekenis een andere dan bij de zuivere Psychogene psychose.

Het psychische trauma bereikt hier n.l. een niet geïntegreerd, een niet gerijpt, een niet volwassen mensch, maar een puber, bij wien de geheele persoonlijkheid nog in zeer labiel evenwicht is.

Rümke beschrijft als genuïne puberteitsstoornissen de afwijkingen in de regulatie en integratie. In deze perioden n.l. komen niet alleen de sexuele instincten tot ontwikkeling, maar ook het machtsinstinct, het religieuze en het sociale instinct zoeken ont-plooiing. Via de erotisch-sexuele neigingen staat de puber in

allerlei meer of minder intieme relaties tot de omgeving. Dit alleen brengt al een heele serie conflicten met zich mede.

Daarnaast plaatst de puber zich door zijn machtsinstinct in een speciale verhouding tot zijn medemenschen. De religieuze overwegingen staan dikwijls veroordeelend ten aanzien van zijn verhoudingen tot allerlei menschen. Heftige verlangens en daarnaast een niet minder heftig schuldbesef hierover geven het typisch onevenwichtige en ambivalente cachet aan dezen leeftijd.

In deze zelfde periode moet de mensch ingroeien in de maatschappelijke verhoudingen, in zijn werk en in zijn studie. Tastend en zoekend staat hij ten opzichte van de verschillende waardegebieden en aarzelend vindt hij zijn weg hierin.

Pas, wanneer dit alles tot een harmonisch geheel wordt samengevoegd, waarbij ieder instinct en ieder waardegebied de hem of haar toekomstige plaats in het geheel der persoonlijkheid heeft gekregen, en niet één enkel instinct de andere verlangens en wenschen verdringt, of den boventoon voert, pas dan ontstaat de geïntegreerde mensch. Dan zijn ook de puberteitsjaren voorbij en heeft de volwassen phase zich ingezet.

In de puberteitsjaren bestaat dus een labiel evenwicht en is de integratie nog niet tot stand gekomen. De persoonlijkheid is niet krachtig genoeg, om weerstand te bieden tegen aanvallen van verschillende zijden.

Rümke zegt verder: „Is er alleen labiliteit van de functies, zonder dat de structuur van het geheel wordt doorbroken, zijn er alleen quantitatieve stoornissen, dan spreekt men van een stoornis in de regulatie. Ontstaan er stoornissen in de structuur van de persoonlijkheid zelve, zijn er kwalitatieve stoornissen, dan zou men van integratiestoornissen kunnen spreken.

Men kan zich nu voorstellen, dat hetzelfde psychische trauma van patiënte XXIV bij een volwassen mensch eventueel een reactieve depressie te voorschijn zou hebben geroepen. Dan zou men van een Psychogene psychose moeten spreken.

Nu bereikt dat psychische trauma echter niet een gerijpt, evenwichtig, volwassen mensch, maar een puber, een mensch in labiel evenwicht. Dit psychische trauma brengt nu niet een reactie teweeg, die direct in verband staat met het trauma, maar verstoort volkomen het labiele evenwicht, waardoor een toestand van volledige desintegratie ontstaat.

Wanneer men in dit geval den nadruk legt op de constitutie, dan zou men van een Hysterische psychose kunnen spreken; wanneer men aan het psychische trauma de grootste betekenis toekent, zou men van een Psychogene psychose moeten spreken. Beide diagnosen kunnen ons om bovengenoemde redenen niet bevredigen. Structuur-analytisch beschouwd speelt de puberteit de grootste rol in de pathogenese. De puberteit heeft hier zeer zeker niet alleen

een psychoplastische beteekenis, maar mede een pathogenetische. Dit geval zou ik als voorbeeld willen stellen voor een typische Puberteitspsychose.

Het klinische syndroom kan men ook het best karakteriseeren als desintegratietoestand. Er is een volkomen ontremming opgetreden op allerlei gebied. Het erotisch-sexueele spel wordt niet meer binnen de grenzen gehouden, maar neemt extreme vormen aan. Het gedrag doorbreekt alle maatschappelijke normen. Er zijn echter totaal geen vreemde pathologische producten in deze psychose aanwezig.

De psychose is van korten duur, 2 à 3 maanden, en de prognose is absoluut faust.

Niet ieder geval van Puberteitspsychose vertoont een dergelijk simpel beeld. Het syndroom kan gecompliceerd worden door tal van psychopathologische producten.

Geval XXV, Reg. Nr. 3087.

Erfelijke belasting, wat geestesziekten betreft, wordt bij dit ziektegeval niet aangetroffen. Het karakter schijnt verschillende psychopatische trekken te vertoonen. Het wordt althans beschreven als leugenachtig, onrustig, stil, gesloten en licht somber.

Op school was patiënte een goede leerlinge. Op het 13e jaar trad voor 't eerst de menstruatie op.

Patiënte werkt als costuumnaaister op een atelier.

Patiënte was verloofd en werd in December 1918 op haar 18e jaar gravida. Zij maakte zich daarover zeer nerveus, werd erg stil en in zichzelf gekeerd; zij kreeg ongemotiveerde huil- en lachbuien. Meerdere malen waagde ze een poging, om abortus op te wekken. Eerst deed ze dit door middel van drankjes. Toen dit niet het gewenschte resultaat had, heeft patiënte, ten einde raad, door een aborteur abortus laten opwekken. Den dag, daaropvolgende, begon zij zeer sterk te vloeien en werd de baarmoeder door den huisarts schoongemaakt. Tot 14 dagen na de miskraam was de toestand vrij goed. Plotseling trad een hevige vloeijing op, waarvoor patiënte 14 April 1919 in het Juliana-Ziekenhuis werd opgenomen. Ze was toen al nerveus en werd zeer geprikkeld door de hoofdzuster, die een opmerking maakte over de abortus. 16 April begon patiënte zeer druk te worden, waarna overplaatsing naar de Valeriuskliniek volgde.

18 April 1919 wordt patiënte in de Valeriuskliniek opgenomen.

Zij is zeer druk, spreekt veel, vertelt van allerlei door elkaar. Een gewoon gesprek is met haar niet mogelijk. Ze geeft volkomen inadequate antwoorden en „gansert” voortdurend. Ze gedraagt zich zeer onrustig, springt heen en weer door bed, spuwt op den grond.

19 April: Zeer druk en ontremd. Patiënte trapt en slaat en

spuwt om zich heen. Zij heeft een sterk decorumverlies, zegt allerlei vieze, ordinaire woorden en tracht zich telkens geheel te ontkleeden. Herhaaldelijk spreekt ze over de doorgemaakte abortus. Nu en dan is het als 't ware, alsof zij de miskraam weer doorleeft. Zij spreekt dan over het geboren worden van het kind en vraagt, of het een jongen of een meisje is. De voedselopname is zóó gering, dat men tot kunstmatige voeding en zelfs tot een hypodermoclyse moet overgaan.

23 April: Nog steeds zeer onrustig. Wanneer men haar handen niet vastbindt, ligt zij voortdurend te masturberen. Voortdurend doorleeft patiënte de tafreelen, tijdens zwangerschap en abortus voorgevallen. Ze spreekt over 't gericht en over den jongen, voor wien ze alles over had. Meestal spreekt zij in een zeer ontremde, ordinaire taal. Patiënte is telkens incontinent.

26 April: Patiënte is zóó onrustig, dat zij in het permanente bad moet worden overgeplaatst. Daar zij echter een collaps kreeg, moest ze weer direct naar bed worden teruggebracht.

29 April: Plotseling temperatuursverhooging tot 39°, die echter spoedig weer daalt. Nog zeer onrustig en verward.

5 Mei: Patiënte is veel kalmer, niet langer verward. Ze herkent de omgeving, spreekt nog abnormaal veel en luid. Soms slaat ze nog met armen en beenen, maar er zijn momenten, waarop het mogelijk is, contact met haar te vinden.

8 Mei wordt patiënte overgeplaatst naar Castricum.

Bij haar opneming in deze inrichting gaat ze op pathetische wijze in bed zitten. Ze betoogt met theatrale houdingen, dat ze aan het kruis zal worden geslagen en dat de oogen haar zijn uitgekraabd. In haar optreden is ze erg kinderachtig. Ze voert de zonderlingste bewegingen uit, gaat op het hoofd in bed staan, etc.

21 Mei: Patiënte is veel rustiger, heeft wel verschillende betrekkingsideeën. Ze meent uit opmerkingen van medepatiënten op te maken, dat ze heeft gestolen. De anderen lijden ook door haar.

In Juni wordt patiënte geleidelijk aan rustiger. Ze begint te werken en 23 Juli wordt zij geheel hersteld, met volkomen ziekte-inzicht, ontslagen. Van de periode, doorgebracht in de Valerius-kliniek, zou zij zich niet alles meer herinneren.

Patiënte is nadien altijd gezond geweest. Zij is gelukkig getrouwd en heeft een dochter van 17 jaar en een zoon van 9 jaar.

Moelijkheden zijn er in dit leven tot dusver niet meer geweest.

Deze psychotische toestand lijkt zeer veel op den voorgaanden. Er is evenmin hereditaire belasting als in het 1e geval. Er zijn lichte psychopatische trekken, maar men kan hier minder dan in het vorige geval spreken van een praedispositie tot het ontstaan van geestelijke aberraties. Het trauma, de abortus provocatus, is

veel grooter dan bij patiënte XXIII, bij wie alleen een sexueele omgang had plaats gehad.

Het klinische beeld is hier ook weer een echte ontremmingstoestand. Heftige ontremmingen, vooral op sexueel-erotisch gebied, masturbatie, het spreken in ordinaire bewoordingen over de abortusaangelegenheid en daarnaast het decorumverlies, gepaard aan een sterke onrust. Het verschijnsel der verwardheid wijst misschien op een dieper gaande desintegratie. Ook hier lichte desoriëntatieverschijnselen.

Geval XXVI, Reg. Nr. 5570.

Er zijn hereditaire momenten in de familie aanwezig. Een zus-ter van de moeder is 8 jaar verpleegd geweest, waarna ze hersteld werd ontslagen. De moeder werd één jaar verpleegd en is daarna volkomen genezen.

Het karakter van dit meisje wordt beschreven als stil, teruggetrokken, wel wat eenzellig en vaak ietwat gedrukt. De kijk op het leven was nogal pessimistisch en in alle dingen werden zwarigheden en moeilijkheden gezien.

Patiënte kon op school goed leren, volgde na het M.U.L.O.-onderwijs een opleiding voor apothekers-assistente en deed vlot examen.

Twee maanden vóór haar opneming schrok zij heftig van een ongeluk, waarbij het slachtoffer in de apotheek, waarin zij werkzaam was, werd binnengedragen. Nadien is zij wel schrikachtig gebleven. Ze was namelijk den laatsten tijd opvallend bang voor dieren, bijv. katten. Daarbij tobde ze ook geregeld al over de belijdenis, die ze over eenige maanden moest doen. Patiënte zou sexueelen omgang hebben gehad met den jongen, met wien ze reeds eenigen tijd, tegen den zin van haar moeder, liep. Ze scheen zeer benauwd voor graviditeit te zijn.

Zeer korten tijd daarna werd patiënte vreemd. Ze liep op een nacht op haar kousen de deur uit, naar den dokter. Daar beklagde zij zich, dat ze thuis geen water kreeg om te drinken. Ze werd angstig en depressief. Voortdurend zei ze, dat ze iedereen bedrogen had, dat ze verbrand moest worden en met olie moest worden overgoten. Er waren lichte gehoorshallucinaties.

20 December 1923 wordt patiënte op 19-jarigen leeftijd in de Valeriuskliniek opgenomen.

Zij is rustig, maakt een gedeprimeerden en angstigen indruk. Patiënte is goed georiënteerd in plaats en persoon, in den tijd licht gedesoriënteerd. Voortdurend zucht en hijgt patiënte. Zij heeft zooveel slechte dingen gedaan. Haar werk heeft ze nooit goed gedaan. Haar gevoel is gaan spreken. Zij heeft veel zonden begaan. Soms schreef ze quitanties, die niet met het boek overeenkwamen en het geld stak zij dan in haar zak.

Zij liep nogal eens met jongens. Den laatsten jongen heeft ze van zijn meisje afgestolen. Zij moet zich zoo schamen. Zij hoort de stem van God, die haar aanklaagt wegens onteering van het menschelijk lichaam. Ook zou ze medicijnen uit de apotheek mee naar huis hebben genomen. Haar geheele leven heeft ze alleen maar gelogen en gestolen. Zij heeft ook electriciteit gestolen. Terwijl patiënte dit zegt, trekt ze een angstig gezicht en zegt ontplof-fingen te hooren. Dan weer hoort ze het „rinkelen”. Soms zag ze op een zwart fluweelen lapje kristallen. Dikwijls hoort ze zoo'n leven in haar ooren. Het is dan net, alsof stemmen haar zeggen, dat zij slecht is.

Haar geheele toestand maakt den indruk van „Ratlosigkeit”. Meermalen geeft ze geen antwoord op vragen.

28 Dec.: Nu en dan wil patiënte niet eten, moet dan kunstmatig gevoed worden. Het geheele klinische beeld is vol van zelfbeschuldigen. Alles heeft zij in de war geschopt en ze is zeer slecht geweest.

31 Dec.: Op huilerigen toon vertelt patiënte bij nadere onder-vraging, dat zij meermalen in een roeiboot met een jongen sexueelen omgang heeft gehad en dat zij bang is voor graviditeit.

8 Jan.: Patiënte is zeer veel rustiger geworden. Haar gelaats-uitdrukking blijft nog depressief, maar zij is veel minder angstig.

Zij heeft buikpijn en is nog steeds, hoewel ze gemenstrueerd heeft, bang, zwanger te zijn. Met meerdere mannen zou ze sexueel verkeer hebben gehad; de eerste maal op haar 15- à 16-jarigen leeftijd.

Den laatsten tijd hoorde ze allerlei geluiden, bijv. het luiden van een klok, hetgeen beteekende, dat zij zoo niet naar de kerk mocht. Nu hoort ze ook nog dikwijls gillen, wat haar zeer angstig maakt.

In de laatste weken ging zij niet meer naar de kerk, omdat zij zoo'n opzichtigen mantel aan had. Alle menschen keken dan naar haar en lieten haar alleen op de bank zitten.

19 Jan.: Een patiënte op zaal houdt zij voor haar zusje. Alleen het haar verschilt. 's Nachts voelt zij een stroom door haar heen-gaan. Als zij zich dan beweegt, hebben de menschen er last van. De stroom gaat langs de spiralen van de matras en langs den muur. Hoe die stroom ontstaat, weet zij niet. De menschen zeggen van haar: „Het is treurig, maar waar”. Patiënte is nog altijd geremd en houdt depressieve klachten.

26 Jan.: Patiënte is onrustig, loopt telkens 's nachts het bed uit. Ze probeerde haar hoofd in de W.C. te steken. Soms is ze verward en onbegrijpelijk. Zachtjes praat ze in zichzelf: „Ik had mij in een hoek laten dringen, de heele wereld, alles is in wanorde, dat is mijn schuld. Ik heb het wel geweten, dat ik steeds iedereen zijn eigen God terugtrap”.

30 Jan.: Patiënte vindt zichzelf zielsziek. Op de vraag, hoe dit dan ontstaan is, antwoordt ze: „omgang met heeren”.

13 Febr.: Nog wel altijd dezelfde zelfbeschuldigingen en depressieve stemming. Verder reageert zij adaequaat, geeft goed antwoord op alle vragen. Van hallucinaties, etc. weinig meer te bemerken.

28 Febr.: Zeer geremd. Patiënte spreekt op onverstaanbaren toon, moet tot alles aangespoord worden. Ze zit met gevouwen handen; in een houding, alsof ze zeer schuldig is. „Alles is in de war, ik word van alles beschuldigd”. Zij hoort alleen de stem van haar geweten, die haar zegt, dat ze slechte dingen heeft gedaan.

10 Maart: Patiënte maakt een levendiger indruk. Zij kijkt niet zoo angstig meer en gedrukt. Uit zichzelf vraagt ze, of ze eens opstaan en in den tuin wandelen mag. Met andere patiënten spreekt ze nu en dan en aan de verpleegster heeft ze een boek gevraagd om te lezen.

In April heeft patiënte eenige weken, dat ze lastig en ongezeggenlijk is en voortdurend wil wegllopen.

22 April: Patiënte zegt, dat zij zich veel beter gevoelt. Het is, alsof een last van haar is afgenomen. Ze heeft een veel grootere activiteit, leest en handwerkt en verlangt weer naar huis.

7 Mei: Hoewel er geen zelfbeschuldigingen of angst meer bestaan, is patiënte toch iets somberder en geremder dan eenige weken geleden.

17 Mei: Patiënte wordt naar huis ontslagen. Zij is geheel hersteld. De oorzaak van haar ziekte ziet zij zelf in den sexueelen omgang. Haar zelfbeschuldigingen zouden ook grootendeels hierop betrekking hebben gehad. Toch blijft ze zeer gesloten op dit punt. Het is moeilijk, haar hierover aan het spreken te krijgen.

Zij is altijd een gevoelig, niet al te opgewekt kind geweest, dat zich alles veel te erg aantrok.

Wanneer we deze patiënte in haar verderen levensloop volgen, dan blijkt het, dat zij tot heden nooit meer een psychotische phase heeft doorgemaakt. In 1924 is patiënte getrouwd met een man, dien zij niet voldoende kende. Het huwelijk werd een groote desillusie. De man was te lui om te werken, zoodat patiënte tijdens haar huwelijksleven mee geld moest verdienen. Nog vóór de geboorte van het 3e kind, in 1936, is patiënte met haar twee kinderen van den man weggegaan. Bij al dit leed komt ook nog het slechte gedrag van den oudsten jongen, die in de Rudolphstichting is opgenomen. Na dien tijd is patiënte nooit meer heelemaal goed geweest. Zij gevoelt zich geestelijk en lichamelijk gebroken en is reeds 3 jaren onder behandeling van een zenuwarts. Zij kan haar werk niet meer aan, heeft het gevoel, dat een looden last op haar schouders drukt, heeft buikklasten, durft niet meer in een vol kerkgebouw te komen, etc.

Naast de duidelijk aanwezige hereditaire belasting vinden we bij dit meisje een praedispositie voor het ontstaan van psychische stoornissen.

Haar karakter neigt reeds als kind tot depressieve reacties. Dit wordt bevestigd in de latere levensontwikkeling. Na de huwelijks-moeilijkheden geraakt patiënte in een neurastheen-depressieven toestand.

In de 2e plaats is hier, evenals in de vorige gevallen, een sexueel trauma. Dit sexuele trauma draagt niet hetzelfde acute karakter als in het eerste geval, maar strekt zich uit over meerdere sexuele belevingen in de laatste maanden.

Het klinische syndroom lijkt op het beeld van een atypische depressie. Naast de depressieve verschijnselen, de geremdheid, angst en zelfbeschuldigingen vinden we hallucinatoire belevingen, persoonsverwisselingen en paranoïde ideeën.

Onder invloed van moeilijkheden, traumata en conflicten komt dit meisje in de puberteitsjaren tot een psychose; in haar latere leven tot een neurastheen-depressief syndroom. Het is misschien niet al te hypothetisch, wanneer men zegt, dat de pathogenetische rol van de puberteit naast de andere pathogenetisch werkende factoren van constitutie en psychisch trauma hier van doorslaggevende betekenis is voor het ontstaan van de psychose.

Het totaal ontbreken van een maniakaal begin- of eindstadium en het niet recidiveeren van de psychose doen ons zeer zeker aarzelen, dit beeld een plaats te geven in de Manisch-depressieve psychose.

Meer dan in het vorige geval lijkt deze psychose op een Psychogene psychose. De inhoud staat veel meer in verband met het trauma. De gedeprimeerde stemming, de zelfbeschuldigingen, maar ook de hallucinatoire belevingen en paranoïde ideeën betrekken zich voor een groot deel op het psychische trauma. Er is een minder sterke desintegratie. Waarschijnlijk overwegen constitutie en trauma hier meer in de pathogenese dan in de vorige ziektegevallen.

Dat deze patiënte echter juist in de puberteit tot een psychose komt, neigen we toe te schrijven aan de pathogenetische werking der puberteit, waarom ook dit ziektegeval in de rij der Puberteits-psychosen een plaats wordt gegeven.

Dit klinische syndroom vormt ook weer een overgang naar de depressieve beelden, die we herhaaldelijk aan het eind der puberteitsjaren aantreffen en die ik aan het eind van het vorige hoofdstuk beschreef.

Geval XXVII, Reg. Nr. 6045.

In de familie komen geen zenuw- en geestesziekten voor. De meest op den voorgrond tredende karaktertrek van dit meisje is haar overgroote verlegenheid. Het is verder een goedig, opgewekt

meisje, wat opvliegend van aard. Op school kon patiënte goed leeren, verzuimde alleen dikwijls de lessen door veelvuldige asthma-aanvallen. Zij is als dienstmeisje werkzaam.

Gedurende $1\frac{1}{2}$ jaar loopt zij met een jongen. Tot voor enkele weken voor de opnemng waren er geen klachten of moeilijkheden. Terwijl ze met haar moeder op straat liep, vroeg ze plotseling: „Moeder, zijn dat geen slechte vrouwen, die zoo laag gekleed zijn?” Henk, haar verloofde, zou dat gezegd hebben. Wijzend op een puistje op haar hand, zei ze: „Henk zegt, dat is een slechte ziekte”. Ze wilde niet meer, dat anderen haar aanraakten en zei tegen iedereen: „Blijf toch van mij af, anders krijgen jullie ook die ziekte”. De laatste dagen zei ze ook geregeld: „Ik wou, dat ik maar dood was; ik wou, dat ik maar krankzinnig was; ik kan niet tegen al die slechtheid”.

Bij de familie van haar verloofde werd ze nooit heel vriendelijk ontvangen. Er werden altijd veel aanmerkingen op haar gemaakt. Ze zag er slecht uit, ze kreeg zoo gauw een kleur. Ze had nooit op tijd de menses, etc. Men verweet haar in deze familie, dat haar gezondheid niet al te best was.

Toen zij zoo vreemd en eigenaardig werd en de ouders er op aandrongen, dat zij zoo vertellen, wat haar hinderde, bleek er een ernstig conflict te zijn geweest. Eenige weken tevoren, toen zij en haar verloofde samen thuis waren, zou hij haar gedreigd en zelfs geslagen hebben, om tot gemeenschap te komen. Zij zou toen gezegd hebben: „Ik zal mijn moeder vragen, of dat niet slecht is”, waarop hij geantwoord zou hebben: „Als je dat doet, ga ik me verdrinken”. Zij bekende nu ook, dat haar verloofde altijd van haar geld leefde.

25 November 1924 wordt patiënte op 20-jarigen leeftijd in de Valeriuskliniek opgenomen.

Aan de aantekeningen van de ziektegeschiedenis ontleen ik het volgende:

25 Nov.: Voortdurend spreekt en vraagt patiënte over slechte dingen:

„Wat is t.b.c., dokter? Ben ik ziek?”

„Is 't slecht, als je veel eet? Ze zeggen, 't is onbeschoft. Mogen ze daarom lachen, omdat ik 't niet begrijp? Dus als ik me zwak voelde en hard ging werken, is slecht? Wat is slecht, dokter, als ze hatelijk tegen elkaar zijn, is dat slecht? Als ze iederen dag tegen je zeggen, dat je zwak bent en altijd dorst hebt, zou U daar tegen kunnen, dokter? Dokter, ik was zoo moe van 't werken en toen ben ik juist gaan werken, omdat ik niets van die slechte mensen wil weten, is dat slecht? Ik moest zoo nodig, en toen heb ik 't altijd ingehouden, is dat slecht? Ik vond dien jongen slecht, omdat hij zoo wantrouwend was tegen zijn 2e moeder. Vroeger had ik groeven in mijn handen, is dat schande? Ik was vroeger

zoo sentimenteel, is dat slecht? Die 2e moeder van dien jongen is zoo onhartelijk en dan vond ik mijn moeder zoo goed. Dat schorem, mag ik dat zeggen, die Henk, ik dacht, dat ik 't karakter van hem kon veranderen. Dus zoenen is niet slecht, als je moeder het niet ziet. Is 't niet slecht, als je 't niet begrijpt van ongesteldheid? Dus je mag niet altijd slecht denken, als je 't niet begrijpt? Wat is sentimenteel, dokter? Weet U, wat hij aan me vroeg? „Of ik een slechten grootvader had”. Op de vraag, wat die jongen dan deed, antwoordt patiënte: „Stiekum zoenen, als zijn moeder het niet zag”. „Ik heb gemeend, dat ik gek was een maand geleden, is dat slecht? Wat is hartstochtelijk? Als ik 't eerlijk mag noemen, wat is erfelijk belast?”

„Ik eet te veel, is dat slecht?” Hij vroeg: „Weet je, wat hartstochtelijk is?” „Ik durfde niets te zeggen, zoo vies is dat. Hij maakte me gek van angst, omdat ik altijd zwak ben geweest en hard gewerkt heb voor mijn moeder. Wat is opzichtig, dokter? Als je zelf geen smaak hebt? Als je zenuwachtig bent en rust moet nemen, is dat egoïstisch, dokter? Ik heb een hekel aan mannen, is dat slecht?

Vraag: „Waarom heb je een hekel aan mannen gekregen?” „Een maand geleden, omdat die jongen zoo slecht is en ik ze niet begrijp. Dus als je wit ziet, ben je dan niet ongezond? Dat heeft die jongen gezegd. Dokter, is het slecht, dat ik er niet van houd, als ze aan je komen? Is dat slecht, als ze aan je hals komen en je schaamt je ervoor?”

Vraag: „Ben je erg geschrokken?”

„Ik was bang, als ik alleen met dien schoft was. Ik walgde van 't karakter en ik zag ook, dat mijn moeder een hekel aan dien jongen had. Hij zei altijd dingen, die ik niet begreep. Mag hij aan mij komen, want dat heeft hij gedaan. Dus als je gezond wil worden, is dat niet egoïstisch? Ik was vies, als hij me een hand gaf. Ik had bloedarmoede, is dat schandelijk? Ik had een hekel aan zoenen, is dat slecht? Als ik alleen een appel op eet, mag hij dan zeggen, dat het egoïstisch is?”

Op deze wijze spreekt patiënte steeds door. Zij blijft vragen, of dit, of dat slecht is, begint aan 't eind der vragen huilend te praten, maar stort geen tranen. Dan weer houdt ze plotseling op met huilen.

30 Nov.: Patiënte krijgt hooge temperatuur, met oppervlakkige ademhaling en snelle pols. Heel snel maakt ze een comateuzen indruk. Enkele uren na dit plotselinge begin zijn de reflexen niet meer op te wekken en reageeren de pupillen nog nauwelijks.

Den volgenden morgen succombeert patiënte.

Bij sectie wordt gevonden: een hyperaemische pia matris, splenitis acuta, abscessus lienis, degeneratio parenchymatosa hepatis; atrophia hepatis en een thymus persistens.

Niet een onvoorbereide sexuele daad, zooals in het eerste geval, of een abortus provocatus, maar een brute, grove aanraking met de sexuele sfeer is hier het trauma. Dat deze gebeurtenis traumatisch werken kan, ligt in de infantiele levenshouding van dit 20-jarige meisje.

Men krijgt den indruk, dat het geheele sexuele gebied bij dit meisje nog volkomen onbewust in de windselen ligt. Alle aanraking van dit gebied wordt als zware zonde ervaren en met schuld beladen doorleefd. Het brute doorbreken van alle remmingen op dit gebied door den verloofde heeft in dit geval de beteekenis van een ernstig trauma. De inhoud van deze psychose staat in direct verband met het psychische trauma, aan de psychose voorafgaande. Men zou om dezen reden de diagnose „Psychogene” psychose kunnen verdedigen. Er bestaat een sterke vraagdrang, betrekking hebbende op de sexuele sfeer. Door alle vragen schemert het gevoel van schuld, dat aan deze dingen vastgehecht is.

Daarnaast staan de affectlabiliteit, de neiging tot affectieve ontladingen en de depressieve stemming in een begrijpelijke relatie tot het psychische trauma.

Dat echter een psychose uitbreken kan, ligt in de ontwikkelingsstoornis der puberteit. Men zou in dit geval van een evolutief anachronisme kunnen spreken, zooals *Rümke* het uitdrukt. Er is eigenlijk geen echte puberteit geweest, die de oude structuur der kinderwereld heeft doorbroken, waardoor plaats gemaakt wordt voor een integratie op een hooger niveau. Sexuele instincten zijn door het puberteitsproces niet losgewoeld, het individualiteitsproces heeft zich niet voltrokken.

Dit meisje van 20 jaar is een kind gebleven. Dat blijkt uit haar overmatig groote verlegenheid, uit de sterke schaamtegevoelens ten aanzien van sexuele vragen, uit de kinderlijke gebondenheid aan de moeder.

Het psychische trauma bereikt in dit geval dan ook geen meisje van 20 jaar, maar eigenlijk een kind, bij hetwelk het instinctieve leven nog diep verborgen ligt. De loswoeling heeft nu niet plaats van binnen uit, waardoor instincten op allerlei gebied vrij komen en in de buitenwereld objecten zoeken, waaraan ze zich ontwikkelen kunnen, maar deze instinctieve binnenwereld wordt door het trauma direct geconfronteerd met de verstarde kinderlijke geesteshouding. De enorme spanning, die hiervan het gevolg is, ontlaadt zich in een psychose.

Er is nog een factor, die in de pathogenese van dit geval een rol moet hebben gespeeld. Dat is de lichamelijke component. Moeilijk echter is na te gaan, hoever de rol van dit element zich heeft uitgestrekt.

Was de ziekte, waaraan dit meisje succombeerde, reeds latent aanwezig en was daardoor de weerstand zoodanig verzwakt, dat

hierdoor een gunstige voedingsbodem voor een psychose werd voorbereid? Of had deze psychose het meisje zoo verzwakt, dat één of andere infectie in zoo'n korten tijd tot den dood voeren kon?

We weten het niet. We kunnen alleen zeggen, dat deze lichamelijke ziekte waarschijnlijk niet toevallig zal zijn geweest en dat we deze in verband moeten brengen met de psychose.

De structuuranalyse van dit ziekteproces brengt 3 punten naar voren:

1. De lichamelijke, praedisponerende ?, factor.
2. Het psychische trauma.
3. De gestoorde puberteitsontwikkeling.

Daar ook de beteekenis van het psychische trauma grootendeels wordt bepaald door de gestoorde puberteitsontwikkeling, zijn we geneigd ook deze psychose te rekenen onder de Puberteitspsychosen.

Geval XXVIII, Reg. Nr. 11066.

Er zijn in de familie enkele belastende momenten. De grootvader van vaders zijde is verpleegd geweest in een inrichting en de broer van dezen man vertoonde een zeer eigenaardig gedrag. De vader zou in zijn jeugd aan toevallen hebben geleden en een nichtje van patiënte is debiel. Patiënte is altijd een aardig, prettig kind geweest, wel eenigszins stijf en teruggetrokken in den omgang. Op school kon ze goed leeren.

Zij is reeds 2 jaar als dienstmeisje in betrekking.

Op een morgen, eenige dagen voor haar opneming, kwam patiënte plotseling uit haar dienst naar huis. Ze wilde niet meer terug. Reeds eenigen tijd zou ze in de verbeelding leven, dat de jongen uit het gezin, waar zij in betrekking was, veel van haar hield. Hij zou nu en dan tot haar zeggen: „Annie, kom bij me, kom bij me”. Patiënte beweert, dat „het” gebeurd zou zijn en dat de jongen haar ongelukkig had gemaakt. Deze gebeurtenis zou reeds eenige maanden terug hebben plaats gevonden en de menstruatie zou ook niet teruggekomen zijn. De ouders hadden wel bemerkt, dat zij van dien jongen hield.

's Avonds zag patiënte schimmen in haar bed. Ze wilde er niet in en is toen plotseling in haar nachtjapon de straat opgelopen, waar ze door de politie werd gevonden. Deze bracht haar toen naar de Valeriuskliniek.

28 October 1934 wordt patiënte opgenomen.

Patiënte is angstig en onrustig, herhaalt telkens: „Ik wil niet vermoord worden. Zij hebben mij onteerd”.

De oriëntatie in tijd en plaats is goed. Er kan niet van een schemertoestand worden gesproken.

Er zijn lichte, vluchtige paranoïde ideeën. Den dag, vóór ze uit haar dienst wegliep, kreeg ze warme melk van haar Mevrouw.

Zij vertrouwde het echter niet en meende, dat ze daardoor verdoofd werd. Patiënte meent ook, dat er iets is gebeurd. Er werden ook allerlei opmerkingen gemaakt, die haar zeer verdacht voorkwamen. Mijnheer had éénmaal tegen haar gezegd: „Wordt je been al beter?”. Dat zou zeer zeker betrekking hebben gehad op bepaalde dingen. Evenzeer de opmerking van Mevrouw, dat dienstmeisjes zulke mooie kamertjes hadden. Daar ze ook duidelijk leven in haar buik bemerkte, meende ze, dat ze een kindje moest krijgen. Ze werd ook zoo eigenaardig dik en aan allerlei mannen kon ze wel bemerken, dat deze verliefd op haar waren. Ook de Mijnheer, bij wien ze in betrekking was, deed zoo eigenaardig, wanneer zij voorbij kwam. Hij hield dan altijd zijn hand voor zijn beenen. Dat alles beteekende, dat zij pogingen deden, om met haar uit te gaan. Missschien kwam het wel door haar bijzondere aantrekkingskracht, hoewel ze zeer beslist niet wilde trouwen.

Patiënte erkent zelf, dat zij dien jongen graag mocht en dat ze wel eens gedroomd had, dat haar Mevrouw haar moeder opzocht, om te vragen, of zij met den zoon mocht trouwen. Als deze jongen haar passeert, is het net, of hij altijd iets tegen haar fluistert. „Annie — vrouwtje” of „Kom bij me, kom bij me”. Wanneer dat gebeurde, kreeg zij zoo'n heerlijk gevoel en voelde ze zich zoo tot dezen jongen aangetrokken.

Korten tijd geleden had het andere dienstmeisje haar allerlei verteld over sexueele aangelegenheden. Dit meisje had haar ook boekjes gegeven, om eens allerlei in te lezen. — Het ziekenhuis, waarin zij nu is, is natuurlijk een huis voor vrouwen, die kinderen moeten krijgen, of voor vrouwen, die zoo hartstochtelijk zijn.

Haar stemming blijft gedurende langeren tijd nogal opgewekt. Ze spreekt veel, is nu en dan lichtelijk verward. De inhoud van haar gesprekken is veelal de sexueele sfeer en de neigingen van mannen ten aanzien van haar.

Er zijn visueele en acustische pseudohallucinaties.

De oriëntering blijft goed.

Na ongeveer 2 maanden wordt patiënte weer gewoner. Er is meer contact met haar mogelijk. Haar gedrag blijft nog wisselend. Nu eens teruggetrokken, angstig en schuw, dan weer uitgelaten vroolijk, brutaal met lichte ontremmingsverschijnselen. Zij is dan geforceerd in haar houding, tracht zoo gek mogelijk te doen en tutoyeert iedereen. Vaak vertelt ze dan allerlei phantastische verhalen, bijv. dat ze met haar geheele familie op één dag naar Parijs is geweest.

22 Januari 1935 vertrekt patiënte naar huis. Daar ze nog niet geheel genezen is, wordt ze tegen advies ontslagen.

Nadien zijn er nooit meer geestelijke aberraties voorgekomen. Patiënte werkte 5 jaar lang in een kruideniers-bedrijf, maar, daar zij zich meer tot huishoudelijk werk voelde aangetrokken, gaf ze

dit op, om een dienst te zoeken.

We mogen hier wel van hereditaire belasting spreken. Midden in de puberteitsjaren komen nu tezamen een eerste verliefdheid en een onjuiste sexuele voorlichting. Het trauma is nog geringer, dan in het laatste geval beschreven, daar hier slechts sprake is van een minder juiste sexuele voorlichting. In normale gevallen zal dit natuurlijk geen aanleiding geven tot een psychose, zoodat we ook zeker niet mogen spreken van een Psychogene psychose. We moeten hier als 't ware wel aannemen een labiele puberteit en een zeer ongunstig moment, waarop opblaaiende instincten en gevoelens op niet adaequate wijze gevoed worden door een onjuiste sexuele voorlichting.

Van der Horst, die dit geval publiceerde in de *Psychiatrische-Neurologische Bladen* Sept./Dec. 1938, haalt in dit verband de woorden van *Spranger* aan: „Die Entwicklung des Jugendlichen ist gestört, wenn durch einen unglücklichen Augenblick das Seelische mit dem körperlich Triebhaften unedel vermischt wird”.

Geval XXIX, Reg. Nr. 10544.

Er zijn geen hereditaire momenten in de familie aanwezig. Het karakter van patiënt wordt beschreven als gedrukt, gesloten, eenzellig, gelijkmatig en prikkelbaar. Na de Lagere School bezocht hij de Ambachtsschool en nu is hij leerling van een Middelbaar Technische School. Zijn intellect is matig.

Patiënt was verliefd op een meisje, dat niets van hem wilde weten. Hij ging daar zeer onder gebukt en kwam plotseling tot een suicidepoging met sublumaat. Het gevolg hiervan was een ernstige maagbloeding. De eerste 10 dagen werd patiënt thuis verpleegd, waarna hij in een ziekenhuis werd opgenomen. Zijn lichamelijke toestand verbeterde snel, maar patiënt bleef stil en gesloten en sprak haast niets. 4 weken na deze suicidepoging werd hij in het ziekenhuis plotseling onrustig. Hij wilde het bed uitloopen en werd aggressief tegen de zusters.

8 Juni 1933 wordt hij op 19-jarigen leeftijd in de Valerius-kliniek opgenomen.

Bij de opneming is hij heel rustig en goed toegankelijk. Hij vertelt een suicidepoging gedaan te hebben met sublumaat. Acht pastilles had hij in zijn mond genomen en toen daarna water gedronken. Toen de tabletten niet smolten, durfde hij ze ook niet doorslikken.

Denzelfden dag 's avonds begint hij, nadat hij den heelen dag rustig is geweest, plotseling met zijn hoofd te schudden en roept met gesloten oogen: „Vader, ik zal God zijn”.

9 Juni: Bij 't ontwaken was patiënt incontinent. Hoewel hij vrijer en goed toegankelijk is, heeft hij allerlei „wahnhafte” ideeën. Deze komen eenigszins theatraal en onecht naar voren. Soms zegt hij, God te zijn, dan weer de Duivel. Ook zegt hij, Christus te zijn

en zijn meisje, dat Marie heet, is de Moeder Gods en zijn vader is God.

Patiënt is zeer onrustig, loopt telkens uit bed, meent dan in brand te staan. Hij ziet er zeer gespannen uit. Soms heeft hij wonderlijke associaties. Hij vraagt bijv. of het licht op mag, omdat hem een licht is opgegaan.

11 Juni: Minder gespannen en goed toegankelijk. Nu en dan „entgleist” hij in de „wahnhafte” ideeën. Hoewel hij zeker niet den indruk maakt acustisch te hallucineeren, zegt hij wel electrisch te zijn. Hij voelt zich onder stroom staan.

In de onderzoekkamer zegt hij met een lachje: „Ik geloof, dat ik de arme duivel ben”. Hij is ziek geworden, omdat hij met de oogen spreken kan. Telkens praat hij langs de dingen heen, „gansert”. Op de vraag: „Had je veel moeilijkheden thuis?” antwoordt hij: „Ja, maar ik wou graag vliegen”.

14 Juni: Patiënt laat zich nog gaan, is telkens incontinent, „gansert” nog wel, maar is goed uit zijn psychose uit te halen. Hij meent, dat de medicus een humoristische rubriekschrijver is van één van de groote dagbladen. Langzamerhand worden al deze verschijnselen minder ernstig en begin Augustus zijn er, behalve eenige labiliteit, eigenlijk geen abnorme symptomen meer aanwezig. Hij blijft nog wel eenigen tijd depressief en spreekt dan rustig over suicide.

5 Sept.: Patiënt wordt genezen ontslagen.

Nadien heeft patiënt nooit meer geestelijke aberraties vertoond.

In dit geval zien we, dat direct in aansluiting aan een verbreking van zijn verloving de patiënt een suicidepoging doet. Hoewel hij daarna wel eens teruggetrokken en stil is, ontwikkelt de eigenlijke psychose zich pas 4 weken daarna.

De inhoud van deze psychose is: een gedeprimeerde stemming, velerlei „wahnhafte” ideeën, die een vluchtig karakter dragen en zeer voorbijgaande hallucinatoire belevingen, naast lichte ontremmingsverschijnselen.

Hoewel de psychose van korten duur is, blijven nog eenige weken een theatraal gedrag, „ganseren” en een zekere stemmingslabiliteit bestaan.

In deze 6 bovenbeschreven gevallen vindt men bij allen een duidelijk trauma aanwezig. Dit trauma is bij de vrouwelijke patiënten een sexueel trauma of onjuiste sexuele voorlichting en éénmaal een abortus provocatus. Bij den eenigen mannelijken patiënt is het de verbreking van een verloving. De eerste twee klinische beelden zijn ontremmingstoestanden, dan volgen twee atypische depressieve toestanden en in de laatste twee gevallen is het beeld meer hysteriform gekleurd. In geen enkel geval zijn er aanknopingspunten voor de Schizofrenie aanwezig. Het zijn alle kort-

urende psychosen met een zeer gunstige prognose. Hoewel het sexuele trauma wel in betekenis bovenaan staat, is het ook mogelijk, dat andere traumata een pathogenetische rol spelen in het ontstaan der puberteitspsychosen.

De volgende twee gevallen mogen deze ontstaanswijze illustreren.

Geval XXX, Reg. Nr. 11488.

Van de familie is alleen bekend, dat er zeer veel vreemde karakters in voorkomen. De vader was potator strenius en heeft 6 weken in de gevangenis gezeten. Een broer van den vader en een broer van patiënte zijn eveneens potatoren. Het karakter van patiënte wordt beschreven als lief, zacht, fijngevoelig en eerlijk.

Op haar 9e jaar overleed de moeder, waarna zij achtereenvolgens in verschillende tehuizen en bij verschillende familieleden werd ondergebracht. Eerst kwam zij in het Stadsbestedelingenhuis terecht, daarna bij een buurvrouw en daarna bij een zuster van haar vader. Deze tante zou allerlei onprettige dingen van haar moeder verteld hebben, waarom patiënte wegliep. Nadat zij nog bij enkele andere familieleden een voorloopig onderkomen had gevonden, kwam zij eindelijk bij een broer van haar moeder in huis. Na een heftige ruzie met haar oom, waarna ze niet meer op haar beenen kon staan en niet meer lopen kon, werd ze in het „Tehuis voor meisjes met beperkte vrijheid” geplaatst.

In Juni 1935 kwam patiënte in dit Tehuis. Zij was daar zeer gewillig, maar erg nerveus. Nadat haar broer haar verteld had, dat hij naar de gevangenis moest (omdat hij zonder licht gereden had, hetgeen hij er echter niet bij vertelde), zat zij een tijdlang verstijfd en wezenloos op haar stoel. In October 1935 werd patiënte nerveuzer. Ze was bang; meende, dat zij achtervolgd werd. Hoewel zij ook wel wist, dat het niet waar was, moest zij telkens gaan kijken, om zich te overtuigen, dat er niemand was.

Zij zag dikwijls spinnen, vogels en slakken tegen den muur en ook éénmaal een man op hooge stelten voor 't raam.

Steeds meer ging patiënte naar het graf van haar moeder. Ze sprak dan met haar moeder en zei, dat haar moeder ook antwoord gaf. Haar moeder zou tegen haar gezegd hebben, dat patiënte bij haar moest komen. Daarom wilde ze zich nu suicideeren.

Eén van de laatste dagen voor haar opneming zei ze tegen een dame: „Wat hebt U mooie tanden. Mag ik ze eens leenen? U hebt mooie oogen, net als mijn moeder. U bent zeker een zuster van mijn moeder”.

Op 15-jarigen leeftijd wordt patiënte 23 October 1935 in de Valeriuskliniek opgenomen.

Aan de aantekeningen van de ziektegeschiedenis ontleen ik het volgende:

Zij vertoont een gewild aandoend, infantiel gedrag. Telkens herhaalt zij de vraag, of zij naar haar moeder mag. Ze vertelt, dat ze haar moeder in het Tehuis voor werkende meisjes erg gemist heeft. Er was weinig afleiding en ze moest veel in de huishouding in het Tehuis werken. Vanzelf begon ze steeds meer aan haar moeder te denken. Soms had ze huilbuien en uitte ze doodsverlangens.

5 Nov.: Patiënte is zeer toegankelijk, tamelijk opgewekt en lacherig. Nu en dan heeft ze huilbuien en uit ze weer haar verlangens naar haar moeder.

19 Nov.: Patiënte vertelt, dat ze 's nachts droomt naar beneden te zullen vallen en overdag zulke nare gedachten heeft. Ze denkt dan, op een dak te staan en is bang eraf te vallen. Ook zou ze telkens kinderen zien, die verdrinken. Over 't algemeen is ze zeer labiel in haar stemmingsleven. Ze is echter zeer goed te beïnvloeden.

11 Dec.: Vaak lastig en ongezeggenlijk, humeurig en nukkig. Ze klaagt, dat niemand om haar geeft en men maar over haar beschikt, omdat ze geen ouders heeft. Eénmaal deed ze een ontvluchtigingspoging.

9 Januari 1936 vertrekt patiënte, psychisch in statu quo ante, naar het Sanatorium in Den Dolder.

24 Maart wordt patiënte daar ontslagen.

Nadien heeft zich nooit meer een dergelijke toestand herhaald. Op haar 18e jaar is ze getrouwd. Ze heeft nog wel allerlei nerveuze klachten en maakt een eenigszins labielen indruk.

In dit geval is geen sprake van een sexueel trauma. Men zou hier kunnen vermoeden, dat het overlijden van de moeder nu in de puberteitsjaren pas als een wezenlijk trauma wordt ervaren. De inhoud van haar psychose betreft zich bijna geheel op dit punt. Bij dit meisje is een aanleg aanwezig tot het verkrijgen van hysterische conversieverschijnselen; toch mag men deze psychose eigenlijk geen Hysterische psychose noemen. Te veel nog altijd wordt met het begrip Hysterische psychose in de kliniek gesold. Bij een psychose, die geen duidelijk schizophrene kenmerken heeft bij iemand met neiging tot conversieverschijnselen of functionele aandoeningen, wordt al spoedig bij psychische aberraties de diagnose op Hysterische psychose gesteld. — Echte „schemer”verschijnselen heeft dit meisje niet. Trouwens, de psychose duurt te lang voor een Hysterische psychose.

Een enkele maal zijn er lichte hallucinatoire belevingen, daarnaast ontremmingsverschijnselen, een sterke affectlabiliteit, wisselend gedrag en een voortdurende herhaling van „ik wil naar mijn moeder”. In deze herhalingstendenz lijkt zij op geval XXVI, waar eindeloos herhaald werd: „Is dit slecht, dokter? Mag je zoiets doen?”, etc.

Men zou dit syndroom ook weer het gemakkelijkst als een soort ontremmingstoestand kunnen samenvatten.

Het is, alsof op een gegeven moment bij den puber de gebeurtenissen uit het verleden pas werkelijk tot een beleving worden. 't Ontwaken van het eigen innerlijk en de ontdekking van die eigen binnenwereld brengt met zich mee een neiging tot reflexie. Het verleden wordt binnen de grenzen van het heden gehaald; de belevingen krijgen dikwijls pas nu de affectieve lading en kunnen daarmee tot een traumatische beleving worden. Hier is dus geen direct psychisch trauma aan de psychose voorafgaande; wèl zijn er allerlei moeilijkheden en conflicten in dit meisjesbestaan.

Niet op 9- à 10-jarigen leeftijd na het overlijden van de moeder brak de psychose uit, maar nu in het begin der puberteitsjaren. Hiermede nader ik de werkelijke betekenis der puberteitsjaren in de pathogenese der psychosen. Een „Geschehnis" wordt in deze jaren tot „Erlebnis" en daarom speelt een trauma in de kinderjaren zeer zeker zelden in de pathogenese van psychosen een rol.

Dit betekent natuurlijk niet, dat een psychisch trauma in de kinderjaren geen betekenis zou hebben. De gestoorde driftontwikkeling in de neurosenleer heeft ons anders geleerd. Het liefdes tekort in de kinderjaren kan iemand de mogelijkheid van affectieve uitingen ontnemen. In de puberteitsjaren krijgt het trauma echter pas de lading, waardoor het de toch reeds aanwezige labiliteit van de ontwikkelingsjaren geheel in een volkomen disharmonie kan ombuigen.

De ontremmingstoestand is hier niet volledig. Contact en beïnvloeding blijven mogelijk en er zijn weinig ernstige psychopathologische verschijnselen.

Geval XXXI, Reg. Nr. 3614.

Een broer van de moeder is krankzinnig en in de familie van den vader van moederskant komen veel geesteszieken voor. Een zuster en een broer van de moeder hebben vreemde karakters en de vader en een broer van de moeder maakten misbruik van alcohol. In de kinderjaren leed patiënt vaak aan pavor nocturnus en slaapwandelen.

Zijn karakter wordt beschreven als zeer bangelijk en bleu en wat stug en zonderling. Hij heeft een goed intellect, is éénmaal op de Lagere school, waarschijnlijk door moeilijkheden met den onderwijzer, blijven zitten; hij heeft vlot zijn einddiploma M.U.L.O. gehaald.

Patiënt was op kantoor. Hij werd daar zeer geplaagd als jongste, vooral om zijn bleuheid. De oudere jongens vielen hem steeds lastig met sexueele praatjes en men liet hem allerlei karweitjes opknappen. Op kantoor was f 500.— te kort. Hij was bang, dat men hem zou verdenken. Begin Februari kwam hij telkens uit bed.

Hij werd nerveus, begon slecht te slapen. Eind Februari kwam hij op een nacht zijn bed uit en zei, dat hij bang was. Hij zou een detective gezien hebben en was nu bang, dat men iets in huis zou hebben gebracht, om hem te beschuldigen van diefstal. Met een zaklantaarn ging hij het heele huis doorzoeken. Aan zijn vader vroeg hij, of deze de messen wel had opgeborgen. Den volgende morgen begon hij er weer over.

Na 14 dagen was hij met een zenuwdrankje weer aardig rustig geworden en ging weer naar kantoor terug. Enkele weken daarna, nadat hij op kantoor een avond had overgewerkt, kon hij weer niet goed slapen.

Hij begon dreigementen tegen zijn broer en zuster te uiten en als men op kantoor het hem lastig zou maken, zou hij hun wel een „opdonder” geven.

's Nachts werd hij onrustig. Na het bijwonen van een kerkconcert kwam hij zeer beangst thuis. Vóór hem was iets en achter hem was iets; hij kon niet zeggen wat, maar hij was er bang voor. Hij noemde het een complot. Zijn portemonnaie en horloge stopte hij voor de veiligheid in zijn binnenzak. Zijn broer en zusje zouden ook schuld hebben aan het complot. Na dien avond ging patiënt niet meer naar kantoor. In de tram meende hij den procuratiehouder van kantoor te zien, verkleed als oude dame.

13 April 1920 wordt patiënt op 17-jarigen leeftijd in de Valeriuskliniek opgenomen.

Hij spreekt en gedraagt zich op geaffecteerde wijze. Alles, wat hij zegt, gaat gepaard met gebaren van hand en hoofd. Hij spreekt op zeer onverschilligen toon over de zeer vreemde dingen, die zijn vader van hem heeft verteld. Hij weet niet zeker, of men hem werkelijk valsch wilde beschuldigen. Wanneer men hem er naar vraagt, zegt hij: „Ik kan me vergissen, is 't niet zoo, maar ik zag dien jongen, of laat ik zeggen dien man, en dacht toen, ik moet oppassen”. Met den vuist op tafel slaande, zegt hij ook: „Nou, laat ik dan maar zeggen, ik heb me vergist”. Op de vraag, of hij werkelijk zoo onverschillig is, zegt hij met eenig affect: „Zoo hebben ze me gemaakt”.

Plotseling zegt hij in 't gesprek: „Ik heb vanmorgen de klok 5 uur hooren slaan, maar dat zult U wel weten”. Hij uit allerlei vage paranoïde ideeën: „Kijk eens, (een vuistslag op de tafel) ik heb een boek aan de zuster gegeven, dat weet U ook. Ik heb een beker ook ergens neergezet en nu ligt de bril ook vlak naast me, hoe kan dat?”

Telkens begint hij over den procuratiehouder te spreken. „Je kunt ze (de menschen op kantoor) iets vragen, dat geeft niets. Je kunt hem een cigaret geven, dat geeft ook heelemaal niets. Ik ben de jongste en dan moet je beschermd worden, maar die procuratiehouder heeft mij nog nooit kunnen beschermen. Als hij een

grapje wil maken, dan slaat hij den boel stuk".

Patiënt is theatraal in zijn optreden, zit ongegeneerd op zijn stoel, doet erg onverschillig en neemt allerlei geaffecteerde houdingen aan.

In de onderzoekkamer gaat hij over den grond heen glijden en maakt ondertusschen allerlei dwaze opmerkingen.

Eind April is patiënt reeds belangrijk rustiger geworden. Hij erkent, bij het eerste onderzoek wel zeer eigenaardig en vreemd te zijn opgetreden. Waarom hij dat gedaan heeft, weet hij niet. Hoewel hij nog wel een overbodige mimiek maakt, zijn zijn antwoorden niet meer vergezeld van zoo'n theatraal vertoon als vroeger. De gedachte, dat men hem van diefstal zou beschuldigen, vindt hij volkomen abnormaal. Hij meent zelf, dat deze gedachte bij hem opgekomen is, omdat men hem op kantoor voor de grap had beschuldigd, dingen gestolen te hebben bij het meisje van een collega. Op kantoor werd hij altijd voor den gek gehouden. Een zeer hardnekkig eczeem in zijn kinderjaren en puberteitsjaren had hem een ontzettend minderwaardigheidsgevoel gegeven. Een ernstige graad van myopie verergerde nog de sterke insufficiëntiegevoelens.

Dit, tezamen met zijn wat eigenaardig stug en bleu karakter, maakte hem altijd reeds eenigszins wantrouwend.

12 Mei verlaat patiënt genezen het ziekenhuis. Hij is nog steeds eenigszins overdreven en geaffecteerd in spraak en mimiek.

Tijdens de observatie werd wel even aan de mogelijkheid van een beginnende Schizofrenie gedacht, doch deze diagnose werd direct weer verworpen. Nadien zijn nooit meer geestelijke aberraties opgetreden. Hoewel patiënt misschien een licht neurotischen indruk maakt, zijn er zeer zeker geen schizophrene kenmerken te vinden. Hij zou nog altijd een beetje zwaar op de hand zijn en zich de dingen erg aantrekken. Na een mislukte verloving was hij wel een tijdlang wat depressief geweest. Op 33-jarigen leeftijd trouwde hij. Hij heeft één kind en is een goed zakenman.

In dit geval ziet men dus in de puberteitsjaren een psychose uitbreken bij een jongen, die in zijn leven reeds allerlei moeilijkheden en conflicten heeft doorgemaakt. Een betrekkelijk gering trauma is hier het „auslösend" moment. Geen enkel trauma kan eigenlijk geheel aansprakelijk gesteld worden. In dit opzicht lijkt dit geval op het voorgaande.

Bij beide gevallen is een labiele constitutie aanwezig. Bij het eerste een neiging tot het ontstaan van hysterische verschijnselen, bij het tweede een nerveuze aanleg met in den loop der ontwikkeling ontstane sterke insufficiëntiegevoelens. Beide patiënten handhaven zich volkomen tot aan de puberteit.

De normale puberteitsschommeling krijgt hier echter een pathologisch uiterlijk.

Ligt die grootere, naar het pathologische gaande uitslag reeds verborgen in de constitutioneel aanwezige labiliteit der psyche, of zijn het hier de psychische traumata en conflicten, die in oorzakelijk verband staan tot de Puberteitspsychose? Men heeft de neiging, de beteekenis van de laatste momenten niet te onderschatten. Er zijn immers zoovele psychopathische en labiele constituties en eigenlijk ziet men zelden Puberteitspsychosen.

De schommeling in de ontwikkelingsjaren bereikt dikwijls in bepaalde opzichten een graad, die buiten de normale grenzen valt. Dat echter een psychose optreedt, (een uitéenvallen van de structuur der persoonlijkheid) komt uitermate zelden voor. Een labiele constitutie en meerder of minder ernstige traumata zullen wel hand in hand moeten gaan, om een Puberteitspsychose te bewerkstelligen.

Wanneer men deze twee ziektegeschiedenissen analyseert, krijgt men den indruk, dat de inhoud der psychose en pathoplastiek zeer sterk beïnvloed zijn door de praepsychotische persoonlijkheid.

Het meisje van 15 jaar is een gevoelig, lief kind, dat snel haar beheersching verliest en bij hetwelk kleine traumata reeds in staat zijn, conversieverschijnselen te voorschijn te roepen. De psychose is een affectieve ontremming met voortdurende herhaling van één motief, den dood van haar moeder.

Het tweede geval is een zeer kortdurende paranoïde psychose. Deze bleue jongen met sterke lichamelijke insufficiëntiegevoelens gevoelt zich altijd het mikpunt van zijn kameraden. Na een toespeling op een diefstal meent hij zich hiervan beschuldigd en in eenige weken ontwikkelt zich een psychose, waarvan het voornaamste verschijnsel is de vluchtige paranoïde waanvorming.

De verhouding 6 en 2 geeft reeds aan, dat het voornaamste trauma in de puberteitsjaren het sexueele trauma is.

In de nu volgende 3e groep zal ik eenige ziektegeschiedenissen beschrijven, waarbij het klinische syndroom zeer sterk het schizophrène beeld benadert. Hoewel nooit of bijna nooit echte wezenskenmerken van Schizophrenie in het ziektebeeld aanwezig zijn, is de differentiaal-diagnose ten opzichte der Schizophrenie toch uitermate moeilijk. Veelal zal men dan ook in deze gevallen niet tot een zekere diagnose kunnen besluiten. Men zal echter bij niet vaststaande schizophrène kenmerken de mogelijkheid van een gunstige prognose openlaten.

Geval XXXII, Reg. Nr. 1809.

Grootvader van vaderszijde lijdt aan toevallen. Het karakter van patiënte wordt beschreven als gevoelig en gesloten, maar van goed gehalte.

Patiënte kon goed leeren. Na haar Lagere schoolperiode be-

zocht ze de H. B. S. In de vakantieperiode zou patiënte in een T.b.c.-Sanatorium eenige weken als volontaire helpen. Na 14 dagen werd ze door de directrice thuis gebracht.

Ze was erg opgewonden en zei, dat ze niet wist, hoe ze moest denken. 's Nachts liep ze uit bed naar de kamer van de directrice en deed vreemde dingen. Steeds werd patiënte stiller, tot ze bijna niets meer zei. Nu en dan maakte ze een erg angstigen indruk. Ze vertelde, dat ze katten en honden in haar buik had, of wel een peer en een appel.

Nu en dan traden gezichts- en gehoorshallucinaties op. Aan haar vader vroeg patiënte: „Hoor je ze nu niet praten? Kijk, daar staat een man op de gang”. Telkens wilde ze naar haar nichtje in Indië toe en moest dan met geweld in bed gehouden worden. Soms zei ze, dat ze Jezus Christus was.

11 Augustus 1916 wordt patiënte op 18-jarigen leeftijd in de Valeriuskliniek opgenomen.

Ze maakt een zeer gedeprimeerden en angstigen indruk. „Zij is niets meer waard. Men moet haar maar in een hoek gooien of slaan, want door haar gaat alles verkeerd. Wanneer zij ergens naar kijkt, gaat het kapot. Zij bederft alles voor de anderen en kan niets goeds meer doen”. Patiënte meent te moeten bevallen, want haar vader heeft twee nachten in dezelfde kamer geslapen als zij. Zij hallucineert sterk, hoort allerlei stemmen, die uit de hartstreek komen. Telkens loopt ze uit bed en meent dan weg te moeten, maar weet niet waarheen.

16 Aug.: Patiënte vertelt, dat ze in het Sanatorium veel met een verpleegster omging, die moeilijkheden had in een verhouding tot een jongen. De familie van deze verpleegster zou tegen de verloving zijn. 's Avonds kwam deze verpleegster bij haar bed zitten en vertelde haar dan van allerlei. Patiënte heeft sterke zeltbeschuldigingen en hoort steeds stemmen, die haar zeggen, dat ze slecht is. Ze vertoont een zeer gedeprimeerde stemming. „Er zit een duivel in mijn buik, maar die is er door mij zelf ingekomen”.

2 Sept.: Wanneer men met patiënte spreekt, houdt ze dikwijls midden in een zin op. Het lijkt vaak op „Sperrung”. Ze zit soms tijden lang in éénzelfde houding met het hoofd op de borst. Er is echter geen katalepsie aanwezig. Plotseling zegt ze: „Ik mag me niet bewegen, ik zeg niets meer, dat mag ik niet”.

Zij meent nog steeds, iets in haar buik te hebben, definieert het echter niet duidelijk meer. Ook leeft ze in de veronderstelling, dat haar ouders niet meer leven. Soms is zij wel iets opgeruimder, lacht dan om aardigheden en grapjes van de verpleegsters.

12 Sept.: Zegt zeer weinig, antwoordt bijna niet op vragen. Patiënte heeft een apathische houding en volhardt dikwijls tijden lang in dezelfde houding. Nog steeds hoort zij haar vader in het gebouw.

15 Sept.: Patiënte vertelt, dat haar vader en moeder dikwijls niet met elkaar overweg kunnen. Zij had maar nooit op de wereld moeten komen, dan konden haar ouders weer van elkaar afgaan. (Een jaar lang zou er een relatie bestaan hebben tusschen haar vader en een andere vrouw). Patiënte zou hierover veel verdriet gehad hebben. Langzamerhand wordt patiënte weer levendiger, neemt meer deel aan de omgeving en is minder depressief gestemd. De hallucinaties geraken meer en meer op den achtergrond.

Met kleine schommelingen in dezen toestand houdt de vooruitgang aan.

22 Dec.: Patiënte wordt genezen ontslagen. Er bestaat volledig ziekteinzicht.

1 Mei 1917 wordt patiënte voor de 2e maal opgenomen.

Reeds enkele weken voor deze opneming bemerkten de ouders, dat zij vreemde gedachten had. Zij zei n.l. „Als ik nu in de kliniek was, zou ik die of die hallucinaties hebben. Ook beweerde zij, dat haar grootmoeder niet sterven kon, vóór zij gestorven was. Een paar maanden geleden zou zij tegen vriendinnen al verteld hebben, dat zij eigenlijk verloofd was met één der doktoren uit de Valeriuskliniek. De laatste dagen sprak zij er telkens over, dat zij zich met Dr. A. zou gaan verloven en dat ze met hem zou gaan trouwen. Ze meende ook steeds zijn stem te hooren en lag daar voortdurend naar te luisteren.

Patiënte werd zeer onrustig en was niet meer in bed te houden. Toen haar verteld werd, dat ze weer naar de Valeriuskliniek zou gaan, was ze overgelukkig. Ze kleeedde zich extra mooi aan, omdat ze naar haar verloofde zou gaan.

In de kliniek is ze zeer opgewonden en bewegeijk. Voortdurend ligt ze met haar armen en beenen te zwaaien. Ze zegt het prettig te vinden, in de kliniek te zijn. Verder is er geen contact met haar mogelijk. Zij geeft geen adequate antwoorden op vragen.

5 Mei: Patiënte is zóó onrustig, dat zij op de onrustige afdeeling moet worden verpleegd. Ze werpt zichzelf heen en weer in bed, gooit haar kleeren in de lucht, zwaait met haar armen om zich heen en danst soms in bed. Daarbij zingt ze telkens en maakt de vreemdste grimassen.

14 Mei: Nog steeds is patiënte zeer bewegeijk. Ze gooit al haar beddegoed, tot aan de matras toe, uit bed en ligt dan op de houten onderlaag te spartelen. Voortdurend spreekt ze over Dr. A.

4 Juni: Buitengewoon druk en onrustig. Patiënte smijt alles omver, gooit haar beddegoed buiten haar bed, scheurt haar kleeren stuk en ligt bij voorkeur half naakt in bed. Ze maakt allerlei onaangename geluiden, die dikwijls op 't loeien van koeien gelijken. Er is totaal geen gesprek met haar mogelijk.

Langzamerhand is er iets meer contact mogelijk. Gedurende heel korten tijd is haar aandacht dan vast te houden.

16 Juli: Wel iets rustiger. Ze ligt vaak voor zich uit te staren, pakt ook wel eens een boek. Op de vraag, of ze leest, antwoordt ze: „Om er mee te smijten”. Op geen enkele vraag wordt behoorlijk antwoord gegeven. Ze vraagt ook niet naar haar ouders.

28 Aug.: Patiënte wordt iets spraakzamer. Ze geeft normale antwoorden. Ze zit veel te handwerken en doet mee aan puzzles. Ze heeft zelfs een felicitatiebrief aan haar vader geschreven.

Na een zeer stille en zwijgzame periode wordt patiënte geleidelijk aan iets toegankelijker en spraakzamer en actiever.

6 November wordt patiënte genezen ontslagen.

Nadien is patiënte tot heden volkomen gezond en normaal geweest. Zij bezocht de School voor Maatschappelijk Werk, behaalde daar haar diploma en werkte eenige jaren in maatschappelijk werk. Daar zij als jong meisje reeds zeer veel voor de verpleegstersopleiding gevoelde, maar deze door haar ziekte niet had kunnen volgen, besloot ze nog op ouderen leeftijd de opleiding voor kraamverzorgster te volgen. Als zoodanig werkt patiënte nu reeds geruimen tijd.

Geval XXXIII, Reg. Nr. 3814.

In de familie van patiënte komen geen geestesziekten voor.

Patiënte had een vroolijk karakter. Ze was altijd opgewekt, druk, enthousiast. Zij gedroeg zich dikwijls als een halve jongen, sprong op trams, etc. De meeste menschen hielden veel van haar. Zij had ook altijd veel vriendinnetjes. — Op school kon patiënte niet zoo goed leeren. Ze bleef op de Lagere school enkele malen zitten, waarna ze de Industrieschool bezocht. Vooral de practische vakken hadden haar belangstelling. In deze vakken praesteerde zij dan ook veel.

Op haar 13e jaar trad voor 't eerst de menstruatie op.

Na moeilijkheden op school wilde patiënte er niet meer heen. Er waren streken uitgehaald, waarin zij de hoofdrol had gespeeld. Ze wilde nu maar liever apothekeres worden en was zeer beledigd, dat men op school er om lachte, omdat ze niet goed zou kunnen leeren. Patiënte meende nu ook, dat men niet genoeg notitie van haar nam.

Kort na dit gebeuren trouwde haar broer. De trouwpartij vond ze een Jan Klaassen. Ze meende, dat zij niet getrouwd waren.

Patiënte werd vreemd. Ze wilde niet eten en niet opstaan en hield de urine op. Soms was ze heel angstig, meende gehaald te worden. Ze stond dikwijls lang te staren en zei stemmen te hooren. Toen ze een keer had zien dreggen, meende ze, dat haar vader werd opgehaald.

25 Augustus 1920 wordt patiënte op 17-jarigen leeftijd in de Valeriuskliniek opgenomen.

Patiënte streeft zeer tegen en wordt onder heftig protest op-

genomen. Zij zegt, bij haar moeder te willen blijven en is met groote moeite van haar moeder los te krijgen. Wezenloos staart patiënte voor zich uit. Zij geeft geen antwoord op vragen en voert geen opdrachten uit. Op de vraag hoe oud ze is, antwoord ze: „Ik wil U wel helpen, ja, ik ben gekomen om te helpen”. Als men haar vraagt, wat ze dan wil doen, zegt ze: „Nu, den grond bijvoorbeeld, den grond. Waarom noemt U mij kindje?” Ze meent veel bloed kwijt te raken van anderen. Patiënte gedraagt zich zeer negativistisch.

27 Aug.: Patiënte verzet zich tegen alles, weigert te eten. Zij zit verwezen voor zich uit te staren en er is heel moeilijk contact met haar te krijgen. Nu en dan is het, alsof er „Sperrung” is”.

30 Aug.: Patiënte is volkomen onhandelbaar. Zij woelt door het bed heen en weer en moet met alles geholpen worden. Ze is voortdurend incontinent voor urine. Zij uit verwarde gezegden: „Haar vader heeft meegedaan”, etc. „Zij moet om vergiffenis vragen”.

1 Sept.: Nu en dan zeer angstig. Heftige opwindingsbuien, waarin zij heel gevaarlijk wordt voor de omgeving. Herhaaldelijk probeert zij dingen kapot te gooien en de boel om te smijten. Zij trapt en bijt en trekt een medepatiënte de haren uit het hoofd. De slaap is zeer gestoord, er bestaat incontinentie; de voedselopname is gering.

2 Sept.: Tegen uitdrukkelijk advies wordt patiënte door haar familie thuis gehaald.

Thuis zou zij na enkele weken weer in haar evenwicht zijn teruggekeerd. Nadien heeft patiënte zich in de maatschappij als kantoorbediende goed gehandhaafd.

Geval XXXIV, Reg. Nr. 6142.

Verscheidene hereditaire factoren zijn in de familie van patiënte aan te toonen. De moeder is lijdende aan Schizofrenie en wordt in een inrichting verpleegd. De vader is een psychasthene natuur, zeer muzikaal begaafd. In zijn studie is hij nooit tot een einde gekomen. Het is een man met tal van eigenaardigheden. De grootmoeder van moederszijde was een eigenaardige nerveuze vrouw en de moeder van deze grootmoeder heeft wel eens een suïcidepoging gedaan.

Patiënte heeft een gesloten, moeilijk karakter. Ze had weinig omgang met anderen en kan zich zeer moeilijk aansluiten. De laatste jaren was haar stemming nogal gedrukt. Zij heeft een gevoeligen, zachten aard.

Op 14-jarigen leeftijd trad voor 't eerst de menstruatie op. Haar verstand is zeer goed. Na de Lagere school bezocht ze de H. B. S. Zij zit nu in de hoogste klasse

De laatste maanden voor haar opneming was zij in huis bij een

familie, waar de stemming nogal aan den zeer somberen kant was. Zij werd zelf steeds gedrukt in haar stemmingsleven. Vrij plotseling begonnen psychotische verschijnselen op te treden. Patiënte werd angstig, sprak wartaal en had visioenen. Zij meende ook, dat haar moeder ten onrechte werd verpleegd.

5 Januari 1925 wordt patiënte op 17-jarigen leeftijd in de Valeriuskliniek opgenomen.

Patiënte is zeer onrustig, loopt voortdurend uit bed, gaat dan tijden lang tegen den muur staan. Op een stoel wil ze niet gaan zitten. Op den onderzoekstoel maakt ze een soort arc de cercle. Meestal geeft patiënte geen antwoord op vragen. Op de vraag, wat haar scheelt, antwoordt ze: „Ik heb berouw, ik wou, dat het nooit gebeurd was”. Daarna begint ze een fantastisch verhaal te vertellen. Een jongen, een logé van haar vader, een student, zou op een avond verkeerde dingen met haar gedaan hebben. Haar vader liet dezen jongen bij haar op de kamer slapen, om haar op de proef te stellen. Zij wist niet, dat die jongen zoo slecht was, hield van hem en zou graag iets voor hem willen doen. Hij zou geprobeerd hebben, haar te verleiden. Hij ging in zijn onderbroek lopen en had deze zeer slordig aan. Uit de handelingen van dezen jongen maakte patiënte op, dat hij oneerbare bedoelingen met haar had. Nu heeft zij het gevoel, alsof er iets bijzonders met haar gebeurd zou zijn.

7 Jan.: Motorisch onrustig; moet kunstmatig gevoed worden. Vaak roept patiënte: „Ik wil niet verleid worden, ik wil in den hemel blijven”. Zij is volkomen georiënteerd. Den geheelen dag spreekt zij druk en wiegt zich in bed heen en weer, terwijl ze haar hand op de genitaliën houdt. Dikwijls kleedt zij zich naakt uit en verscheurt zij alles.

19 Jan.: Patiënte blijft nog steeds in dezelfde mate onrustig. Zij is volkomen verward. Haar gedachtengang is niet te volgen, maar incohaerent. Vaak spreekt ze Duitsch en Limburgsch door elkaar. „Echt — verkeerd — rust — roest. Zweite gekrach, so stark wie ein Backer, ik stik — ik hik, Flippie — zweite Flippie — ach nicht mehr sprechen — zwei tonpilaren — wofür ist Gott — Häuschen Peterchen”, etc.

Het affect is meestal euphoor.

11 Febr.: De toestand blijft nog volkomen gelijk. Patiënte is geheel verward. Haar uitingen zijn onverstaanbaar. Zij ligt urenlang onder de dekens met de handen tegen de oogen. Nog steeds weigert zij alle voedsel, zoodat ze voortdurend kunstmatig gevoed moet worden. De professor wordt door haar *Luther* genoemd. De gelaatsuitdrukking is wisselend, vroolijk en bedroefd.

10 Maart: Patiënte is totaal „ablehnend”. Zoo nu en dan mompelt ze enkele onverstaanbare woorden. Meestal ligt ze met een lachend gelaat en de handen tegen de ooren onder de dekens.

In de onderzoekkamer houdt zij telkens de handen boven het hoofd, alsof zij een slag afweren wil. Dan neemt ze de hand voor den mond en kijkt lachend rond. „Daar ben ik heusch — is alles verkeerd?”

Daarna maakt ze allerlei danspassen en bewegingen in de kamer. Ze loopt door de onderzoekkamer rond en gaat alles belangstellend bekijken. Dan gaat ze op een stoel zitten en zwaait voortdurend met de beenen.

Patiënte grimasseert en maakt den indruk voortdurend sensaties te beleven, die zij niet meedeelen wil. Afwisselend kijkt ze binnen eenige minuten eerst boos, dan verwonderd met hoog opgetrokken wenkbrauwen, om tenslotte in lachen uit te barsten.

Soms wil zij schijnbaar iets zeggen, maar houdt dan plotseling de hand voor den mond, om het als het ware te weerhouden.

19 Maart vertrekt patiënte naar Den Dolder.

Aanvankelijk is patiënte daar geremd, negativistisch, mutistisch. Ze weigert voedsel en het beeld gelijkt zeer veel op een katatone stupor. Na korten tijd echter verbetert de toestand, zoodat in Mei eigenlijk geen psychotische verschijnselen meer aanwezig zijn.

In Juni gaat patiënte met verlof, waarna ze definitief wordt ontslagen.

In de Valeriuskliniek waagt men het niet, een diagnose te stellen.

In Den Dolder meent men aanvankelijk een Schizophrenie te moeten vaststellen, maar later twijfelt men toch aan deze diagnose.

Weer thuisgekomen, nam patiënte eenigen tijd de huishouding waar. Ze behaalde haar diploma Huishoudkunde, later ook nuttige handwerken en Handenarbeid. Naast haar werk thuis gaf ze zich ook gaarne in haar vrijen tijd aan kinderclubjes. Ze houdt veel van kinderen en werkt graag onder hen. Zij heeft haar stillen aard behouden, is nog altijd bedaard en teruggetrokken en ziet tegen het contact met vreemde menschen op. Nog steeds is zij zeer zorgzaam en belangstellend voor haar omgeving. Wel is ze traag in het aanpakken der dingen, hoewel ze wel voldoende initiatief heeft.

Sinds 1½ jaar werkt patiënte nu onder vreemden in de huishouding, hetgeen heel goed gaat. Schommelingen uit het evenwicht zijn nooit meer voorgekomen.

In deze 3 gevallen is het uitermate moeilijk, de diagnose Schizophrenie uit te sluiten. Deze psychosen zouden zeer zeker ook in een schizopreen proces kunnen uitmonden.

Gemeenschappelijk aan deze 3 ziektegevallen is het pseudo-schizopreen gekleurde syndroom, de leeftijd, waarop de ziekte uitbreekt, n.l. 17 à 18 jaar, het niet aanwezig zijn van een duidelijk aantoonbaar psychisch trauma, het volledige herstel, het gedu-

rende zeer langen tijd niet recidiveeren der psychose en de volkomen integriteit der persoonlijkheid.

Bij patiënte XXXII is de psychose 26 jaar geleden uitgebroken, bij patiënte XXXIII 21 jaar en bij patiënte XXXIV 16 jaar geleden.

Mij staan nog 4 ziektegeschiedenissen ter beschikking. Het is niet noodig, deze hier uitvoerig te beschrijven, daar ze geen nieuwe gezichtspunten openen, n.l. een psychose bij één meisje van 18 jaar, dat in 1935 werd opgenomen en bij twee jongens van 17 jaar, die respectievelijk in 1934 en 1939 en één jongen van 18 jaar, die in 1941 werden verpleegd. Ook deze 4 gevallen vertoonden schizophere beelden, enkele zelfs uitgesproken katatone toestanden, die echter volledig herstelden.

Men kan echter nog niet met voldoende zekerheid zeggen, dat in den levensloop geen recidieven zullen optreden, zoodat men met minder recht dan bij de voorgaande gevallen van absoluut geneeslijke psychosen mag spreken.

Typisch is, dat deze psychosen alle uitbreken op het 17e à 18e jaar. Men mag dit tijdstip in de ontwikkeling, op grond van dit onderzoek, wel als een zeer critisch punt in de levensgeschiedenis beschouwen. Natuurlijk kan men de vraag stellen, of deze laatste groep psychosen eigenlijk niet behoort tot de enkele gevallen van Schizophrenie, die volledig genezen. In de litteratuur wordt er herhaaldelijk op gewezen, dat volkomen genezing niet is uitgesloten. Nog nimmer is de vraag uitgestreden, of deze psychosen, die volledig herstellen, nu ook tot de Schizophrenie gerekend moeten worden, of wel in een andere groep psychosen behooren te worden ondergebracht. Er zijn immers vele klinici, die als het wezenskenmerk der Schizophrenie de ongeneeslijkheid op den voorgrond schuiven.

Bresowsky zegt ook: „De zeldzaamheid van een werkelijke genezing brengt het met zich mede, dat men met het grootste wantrouwen tegenover een genezing staat en eerder aan een diagnostische vergissing denkt”.

Volgens denzelfden schrijver zouden vooral het acute symptomcomplex, de hallucinatoire verwardheid, die gelijken kan op een exogeen reactietype, en de acute katatonie tot een volledig herstel kunnen komen. Ook in onze gevallen zijn het juist de acute verwardheidstoestanden, waarbij men geen duidelijk specifiek schizophereen verschijnsel aantreft en de katatone vormen, die genezen.

Ook *Briedé* wijst er in zijn dissertatie op, dat de beginleeftijden van 16—20 jaar relatief veel voorkomen bij de gunstige gevallen. Deze meening staaft hij door onderzoekingen van verschillende andere auteurs.

Men kan nu natuurlijk ook de hypothese naar voren brengen, dat deze gunstig verlopende schizophereën geen echte schizophereën zijn, maar thuis behooren in de groep der puberteitspsy-

chosen. Wanneer men op het standpunt gaat staan, dat puberteitspsychosen voorkomen, hetgeen ik hopelijk voldoende in dit onderzoek naar voren heb gebracht, dan zou het niet onmogelijk zijn, dat deze psychosen niet alleen depressieve of hysteriforme beelden vertoonen, maar ook meer op schizophtreen gekleurde toestanden kunnen gelijken.

In die gevallen, waarbij geen typisch schizophrene trekken optreden, zou men dus aan deze mogelijkheid moeten denken, maar zeer zeker ook bij die katatone toestanden, die vrij snel tot een volledig herstel en ziekteinzicht voeren.

Meer dan tot nu toe is gedaan, zal men de syndromen, voorkomende op den leeftijd van 17—19 jaar moeten vergelijken en analyseeren. Hopelijk zal het op den duur dan gelukken, de prognostisch gunstige gevallen klinisch te differentieeren van de echte Schizophrenie.

In dit onderzoek kan ik nog alleen maar aantonen, dat psychosen op dezen leeftijd niet zoo heel zelden een gunstig verloop hebben en op grond hiervan zou ik de mogelijkheid willen uitspreken, dat deze psychosen eigenlijk behooren tot de Puberteitspsychosen en niet tot de Schizophrenie.

Als laatste geval wil ik een ziektegeschiedenis beschrijven van een jongen van 18 jaar. Deze ziektegeschiedenis wil ik apart stellen naast de 3 boven beschreven groepen.

In de familie is eenige hereditaire belasting, wat geestesziekten betreft.

Patiënt werd in de puberteitsjaren een moeilijke jongen, eenzellig, jaloersch en onberekenbaar met sombere buien. Vóórdien was hij een aardige, openhartige jongen. Als kind had hij wel sterke phantasieën.

In de 3e klas van de H. B. S. werd hij humeurig en zwijgzaam. Tijdens een kaartspelletje één der laatste dagen voor zijn opneming werd hij zeer boos, smet de kaarten weg en zei, dat zijn medespelers valsch speelden. Dienzelfden avond, op zijn kamer alleen, begon hij te gillen, luidkeels te lachen en in zichzelf te spreken. Toen zijn hospita op zijn kamer kwam, hield hij zich slapende, zoodat zij hem van simulatie verdacht.

In Mei 1932 wordt patiënt op 18-jarigen leeftijd in de Valeriuskliniek opgenomen.

Hij gedraagt zich onwillig, wil nergens over spreken en is zeer gesloten.

Juni 1932: Hij vertelt, reeds maanden lang met suicidegedachten rond te loopen. Altijd dacht hij er aan, welke middelen hij voor dit doel zou kunnen gebruiken, een revolver, morphine, etc. Tot tweemaal toe zou hij gepoogd hebben, zich te suicideeren door suspensie. Hij gebruikte daarvoor het koord van zijn badmantel,

dat hij aan den deurknop bevestigde. Op het laatste moment bedacht hij zich dan, omdat het toch eigenlijk niet verantwoord was tegenover zijn ouders en zichzelf. Deze gedachte sproot altijd voort uit zijn melancholische buien.

Zijn muzikleeraar, onder wiens invloed hij sterk stond, zou ook vaak zeer somber gestemd zijn. Sinds 5 jaar doet patiënt reeds aan muziek.

Met een „vioolhand” werd hij in de techniek van zijn vak zeer geremd. Dit deprimeerde hem buitengewoon, daar men, wanneer de artistieke ontplooiing komt, klaar moet zijn met de techniek.

Over 't algemeen biedt patiënt geen moeilijkheden aan de verpleging. Hij is spontaan, enthousiast, maar ook koppig en eigenzinnig. Zijn stemming is wisselend; nu eens opgewekt, dan weer, in verband met moeilijkheden, wat betreft zijn muziekstudie, ge-deprimeerd.

Het affect is grillig, springerig, maar invoelbaar. Dikwijls uit hij overwaardige ideeën: „Als ik als klein ukkie was begonnen, was ik een kunstenaar geworden. Nu zou ik misschien nog een der groote jongere solisten van Nederland kunnen worden”. Hij zou ook het onderwijs willen reorganiseeren. „Ik ben een knulletje en een genie tegelijkertijd”.

26 Juli wordt hij ontslagen.

3 Januari 1933 schrijft hij een brief aan zijn medicus, die hem in de kliniek behandelde.

„Beste Dokter,

Het zou gisteren een grootere dag worden dan anders: een Groote Dag.

Sinds verscheidene maanden ben ik bezig met vereering van den Dood, 't wordt een ware cultus — Het wordt Kunst!

Denkt U eens in: een prachtig marmeren gang, maar pikzwart, waardoorheen vreemde, bijna Oostersche harmonieën ruischen, zacht harpspel, een weemoedig cellogeluid van Casals.

Aan den ingang een prachtig gebeeldhouwde poort. Hier kan men in, als men eerst 'n zilver witten giftbeker leegdrinkt.

In dit Doodenrijk heerscht 'n waardige, ernstige zedelijkheid, die er op uit is mooie gedachten voort te brengen en 'n hoogstaand leven te lijden! en elkaar tot steun te zijn. Vooral ook de groote wijsgeeren te steunen.

Ik schepte me zoo'n heerlijk rijk en wilde daar al lang heen, maar hoe? 't Moet alleen de giftbeker zijn, maar vergif is niet zoo gemakkelijk te verkrijgen, alleen 't beetje, wat in de Luminalpoeders zat. Hiervan kon ik er zooveel van krijgen, als ik wilde (op recept). Dus in 'n zuiver witten beker gauw 'n oplossing van 'n heeleboel luminalpoeders, hier ter verhooging van de smaak wat lichtgas doorheen geleid en toen brak 't groote oogenblik aan om ook naar dat heerlijke rijk, waar 'n voorname stilte heerscht, waar

ernst is en sombere harmonieën rondzweven, te gaan.

's Avonds heb ik met een gelukzalig gevoel den beker leeggedronken en ben ik te bed gaan liggen en „sliep” na 'n kwartiertje
... ..

Tegen den morgen werd ik weer wakker! Ik ben woedend geworden, nu ben ik nog hier en nog niet in dit heerlijke rijk. Alleen heb ik nu 'n ellendig gevoel in mijn maag, ben half verdoofd, suf en duizelig, 2 repetities onvoldoende gemaakt. Ik dacht natuurlijk den vorigen avond, „dat is nu overbodig”. Daar zit ik nu weer. Hoe 't nu weer aan te leggen, 't moet volgens de gebruiken om in 't Doodenrijk te komen met den giftbeker gebeuren, want men moet daar met ongeschonden gezicht en lichaamsdeelen en 'n prachtigen zwarten mantel rondloopen.

Kunt U me niet eens een middel aan de hand doen? Maar dan niet van, foei, wat ben je weer stout, want daarvoor zijn de ideeën veel te mooi. Bedenkt U gauw wat? En wilt U niet mee? Het is daar heerlijk, dan kunnen we samen daar allemaal mooie dingen zien en bespreken”.

28 Januari volgt weer een brief, waarin hij zijn heftig muziekverlangen uitspreekt en het groote conflict, waarin hij leeft. Hij wil op school goed zijn best doen, maar er bestaat een heimwee naar zijn muziekstudie.

14 Februari pleegt hij suicide door middel van gas, na volkomen rustig 's avonds uit geweest te zijn en nog bij zijn broer op diens kamer te hebben nagepraat.

Men ziet hier een verdiepte puberteitsschommeling, een meer dan normaal doodsverlangen en heimwee naar het onmetelijke doodenrijk.

Slechts in zeer zeldzame gevallen voert dit verlangen ook werkelijk tot den dood.

Nauwelijks mag men hier van een psychose spreken.



HOOFDSTUK VI.

SAMENVATTING IN GETALLEN

Wanneer ik nu in enkele korte woorden samenvat, hetgeen de bestudeering van dit klinische materiaal heeft opgeleverd, dan springt in de eerste plaats de leeftijd van 17 jaar als critiek punt naar voren.

Beneden dezen leeftijd komen in mijn materiaal maar uiterst zelden psychosen voor, die buiten de Schizophrenie vallen. Ook zelfs psychosen met een tamelijk onschuldig uiterlijk bleken tenslotte toch beginnende Schizophrenieën te zijn. Een uitzondering hierop vormen enkele maniakale beelden, die dan echter geheel het simpele karakter van de Manie moeten dragen en psychosen, ontstaan op zeer degeneratieve bodem, die ik heb samengevat onder den naam „Manie des dégénérés”. Zoowel de echte manie beneden het 16e jaar als de manie des dégénérés is een zeldzaam ziektebeeld.

Slechts éénmaal trof ik een psychose aan, op het 15e jaar ontstaan, die ik binnen de grenzen der puberteitspsychose een plaats gaf, en éénmaal op het 13e jaar een praepuberale depressie.

Hysterische psychosen, Psychogene psychosen, Puberteitspsychosen blijken dus volgens dit materiaal uiterst zeldzaam voor te komen beneden het 17e jaar.

Op het 17e jaar vond ik 7 psychosen met een gunstige prognose, één beeld, dat het meest overeenkomst vertoont met een ontremmingstoestand, één hysteriform, één paranoïd syndroom, en 4 schizopheen gekleurde beelden.

Op het 18e jaar kwamen 4 psychosen voor, waarvan 3 schizopheen gekleurd waren en één een atypische depressietoestand was, gekenmerkt door sterke doodsverlangens.

Het 19e jaar vertoont vele depressieve beelden, 3 meer simpele depressietoestanden en 2 atypische depressieve psychosen, gecompleteerd door hallucinatoire belevingen en „wahnhafte” ideeën. Daarnaast ook één ontremmingstoestand.

Tenslotte treffen we op het 20e jaar nog één eigenaardigen depressief gekleurden toestand aan.

Voor al de leeftijd van 17—19 jaar schijnt dus een zeer critieke leeftijd te zijn voor het ontstaan der Puberteitspsychose. Deze leeftijd correspondeert geheel met de jaren, waarin volgens de moderne psychologie de geestelijke ontwikkelingscrisis haar hoogtepunt bereikt.

De symptomatologie van de Puberteitspsychosen is niet een enkelvormig beeld, maar varieert van zeer simpele, eenvoudige depressieve beelden via atypische depressies en hysteriform gekleurde toestanden naar de meer paranoïd hallucinatoire beelden en schizopreenachtige toestanden.

Men spreekt dan ook niet van Puberteitspsychose, omdat één typisch symptomencomplex daarvoor kenmerkend zou zijn, maar omdat in den opbouw dezer psychose de puberteit de voornaamste rol zou spelen. Dit sluit reeds in, dat hier en daar ten aanzien van Hysterische psychosen en Psychogene psychosen aan den éénen kant en meer constitutioneel bepaalde geestesziekten aan den anderen kant de afgrenzing niet altijd even streng kan zijn.

Men zal nu in de structuuranalyse der Puberteitspsychose verschillende momenten naar voren moeten halen, die in ieder individueel geval een zeer verschillende rol kunnen spelen. De meer of minder op den voorgrond tredende pathogenetische momenten, hereditaire belasting, constitutie, neurotische ontwikkeling, psychisch trauma en de puberteit zullen in elk apart geval van zeer verschillende beteekenis zijn.

DE BETEEKENIS DER PUBERTEIT.

Men vindt reeds binnen de normale grenzen zeer verschillende vormen van puberteit. Het kan zijn, dat de puberteit kleurloos voorbijgaat, zonder bijzondere diepte, ook zonder groote belevingen en mogelijkheden.

Daartegenover staat de heftig bewogene puberteit, waarin het kind sociaal, aesthetisch en sexueel-erotisch ontwaakt en intense belevingen heeft op allerlei gebied. Dit kan gaan tot aan de grenzen van het abnorme.

Het laatst beschreven geval bestaat eigenlijk geheel uit deze hevig verdiepte puberteit bij een zeer begaafden jongen. Het normale heimwee naar den dood in de puberteitsjaren groeit hier uit tot een pathologisch doodsverlangen, dat dezen jongen naar de suicide drijft. Men zou dit als degeneratieve puberteit kunnen beschrijven.

Tusschen deze heftig bewogene puberteit en de vlak verloopende ontwikkelingsjaren liggen talloze overgangen.

Ook de gewone puberteit bij een normaal individu draagt de ontremmingsmogelijkheid in zich. Wanneer een groote druk op het labiele evenwicht wordt uitgeoefend, ontstaat een uiteenvallen en een volledige desintegratie.

't Duidelijkst wordt dit gedemonstreerd in geval XXV, waar, bij een meisje uit een familie zonder erfelijke belasting voor geestesziekten, met een misschien licht psychopathisch karakter, echter zonder ernstige moeilijkheden in de ontwikkeling, door het ernstige trauma van een ongewenschte graviditeit en de daarop volgende

abortus provocatus, gepaard aan een lichamelijken uitputtingstoestand, het labiele psychische evenwicht wordt verstoord en een totale ontremmingstoestand optreedt.

De symptomatologie beperkt zich in dit geval ook geheel tot ontremmingsverschijnselen, zonder één enkel psychopathologisch symptoom, dat ook maar aan de mogelijkheid van een procespsychose zou kunnen doen denken.

Geheel anders ligt het bij de neurotische ontwikkeling in de puberteitsjaren. Onder invloed van geringe traumata of voortdurende conflicten kan nu een derailement optreden, waardoor een toestand ontstaat, die men het best zou kunnen aanduiden met „psychoneurose”. Men ziet de structuur der neurotische puberteit vooral in de gevallen XXVII en XXII. In het eerste geval komt het zeer infantiele, verlegen en schuwe meisje, dat op haar 20e jaar nog sterk aan de moeder gebonden is, op een min of meer ruwe wijze, door de houding van haar verloofde, met het driftleven in aanraking. In haar geheele ontwikkeling ligt dit terrein nog diep verborgen. Er is geen verwerkingsmogelijkheid voor dit conflict. Een ontlading volgt in een eigenaardigen vorm van psychose met depressief coloriet.

In het tweede geval uit de neurotische ontwikkeling zich vooral in insufficientiegevoelens ten opzichte van de broers en zusters bij een licht debiel, zeer infantiel meisje. Ook de lichamelijke rijping treedt laat op, de eerste menstruatie vindt pas op het 17e jaar plaats. Er is hier geen duidelijk psychisch trauma aanwezig, dat de ontlading in een psychotische reactie begrijpelijk maakt.

Men zal zich hier moeten voorstellen, dat de van binnen optredende integreerende tendenzen aan het einde der puberteit de harmonie niet kunnen bewerkstelligen in ernstige neurotische ontwikkelingen. Ook hier treedt een depressief gekleurd syndroom op.

Resumerend kan ik dus zeggen, dat een Puberteitspsychose bij een normale puberteit kan optreden, doch dan zal een zeer ernstig trauma aanwezig moeten zijn. De neurotische puberteit kan door min of meer duidelijk er bij komende conflicten vooral aan het eind derailleren. Een enkele maal leiden neurotische verhoudingen tot een depressieven toestand aan den ingang der puberteitsjaren. Bij de degeneratieve puberteit kan er een extreme uitgroei zijn van normale puberteitsbelevingen.

DE BETEKENIS DER HERIDITAIRE BELASTING.

Duidelijke erfelijke belasting voor geestesziekten treft men in 14 van de 20 gevallen aan, n.l. bij 3 depressieve beelden, 1 atypische depressie, 2 hysteriforme syndromen, 1 paranoïde psychose, 6 schizophrene beelden en 1 degeneratieven toestand in de puberteit.

Geen erfelijke belasting vindt men in 6 gevallen, n.l. bij 2 ontremmingstoestanden, 2 depressieve syndromen, 1 atypische depressie en 1 schizofreen beeld.

Bij diè patiënten, bij wie geen erfelijke dispositie voor geestesziekten kan worden aangetoond, bestaan in de allermeele gevallen wel allerlei andere momenten, die van beteekenis zijn voor de ontwikkeling van een psychose, n.l. bij de beide ontremmingstoestanden een ernstig trauma, bij de depressieve beelden een neurotische ontwikkeling, bij de atypische depressie een gesloten, eenzelvig karakter met een ernstig trauma. Alleen één schizofreen gekleurd syndroom is uitgebroken zónder voorafgaand trauma, zonder dat neurotische verwickelingen aantoonbaar zijn, zonder dat het praepsychotische karakter ons eenige aanwijzingen over de ontwikkeling van de psychose zou kunnen verstrekken.

De erfelijke belasting voor geestesziekten speelt dus zeer zeker een groote rol, vooral bij de schizophrene syndromen. In 6 van de 7 gevallen, waarbij een schizofreen gekleurde psychose uitbreekt op het 17e à 18e jaar met een gunstige prognose bestaat een duidelijke belasting voor geestesziekten in de familie.

DE BETEKENIS VAN HET PSYCHISCHE TRAUMA.

Een psychisch trauma heeft natuurlijk in den loop der ontwikkeling lang niet altijd dezelfde beteekenis. Datgene, wat op het 10e jaar een ernstig trauma zou kunnen zijn, behoeft ons nauwelijks te beroeren op ons 20e jaar. Nu is het juist de typische rol, die de puberteitsjaren in ons leven spelen, dat het „Geschehnis” tot een „Erlebnis” wordt omgevormd.

De mogelijkheid van primitieve ontladingen in een Hysterisch acces bijv. bestaat ook reeds in de kinderjaren; de mogelijkheid van verwerking der conflicten komt pas in de ontwikkelingsjaren en daarmee de mogelijkheid van een Psychogene psychose.

In 8 van de 20 gevallen treft men een duidelijk trauma aan, n.l. bij 2 jongens en 6 meisjes. Dit psychische trauma bestaat bij de meeste meisjes uit een trauma op sexueel gebied, een sexueel attentaat, een abortus provocatus, een ruwe sexuele voorlichting, etc.

Het kan ook een onverwerkt conflict zijn, hetgeen men ziet bij diè meisjes, die bijv. reeds herhaalde malen sexueelen omgang hebben gehad, maar dit niet kunnen assimileeren.

Het sexuele trauma is bij het meisje over het algemeen ernstiger dan bij den jongen, hetgeen de verschillende psychische structuur van jongen en meisje en de verschillende beteekenis, die het heeft in beider leven, ook begrijpelijk maakt.

Het trauma bij de mannelijke gevallen lag dan ook geheel anders dan bij de vrouwelijke. Bij den éenen jongen was het trauma een diefstal op kantoor, bij den anderen jongen de verbreking van een

verloving.

Bij de schizophreen gekleurde beelden was er geen enkele maal een trauma te vinden, dat een „auslösende” of pathogenetische betekenis zou kunnen bezitten.

Onder de puberteitspsychosen zou ik dus willen samenvatten:

1. *Depressieve beelden.* Deze wijken, wat klinisch syndroom betreft, af van de primaire verschijnselen der Melancholie. Ze treden op bij patiënten, bij wie men duidelijk een hereditaire belasting kan aantoonen, of wel bij wie neurotische ontwikkelingen in de puberteit aanwezig zijn. De leeftijd, waarop ze optreden, is bij voorkeur het einde van de puberteit, het 19e à 20e jaar.

Een enkele maal treft men een praepuberale depressie aan, een z.g. individuatie psychose.

2. *Ontremmingstoestanden.* Bij de ontremmingstoestanden treft men een normale puberteitsontwikkeling aan, géén erfelijke belasting, maar wél een ernstig psychisch trauma.
3. *Hysteriforme of paranoïde psychosen.* De structuuranalyse van deze gevallen is gecompliceerder. Constitutie, neurotische ontwikkelingen en meer of minder ernstige traumata en conflicten spelen in de pathogenese een grootere of kleinere rol en zijn pathoplastisch van betekenis.
4. *Schizophreen gekleurde beelden,* vooral verwardheidstoestanden en katatonie-achtige syndromen. In de meeste van deze gevallen bestaat een duidelijke hereditaire belasting voor geestesziekte. Men vindt nooit een ernstig trauma. Vooral het 17e en 18e jaar schijnt een critiek jaar te zijn voor het ontstaan van deze toestanden.

De beschrijving van het klinische syndroom van psychosen in de puberteitsjaren brengt ons niet tot de afgrenzing van Puberteitspsychosen.

Symptomatologisch schijnbaar Psychogene psychosen beneden het 16e jaar zijn veelal Schizophrenieën, terwijl schizophrene beelden op het 17e en 18e jaar Puberteitspsychosen kunnen zijn.

Structuuranalytisch zal men ieder geval moeten trachten op te bouwen. Hereditet, constitutie, neurotische ontwikkeling en psychisch trauma kunnen van zeer verschillende waarde zijn in het ontstaan der psychose. Men zal echter altijd in het oog moeten houden, dat in de puberteit de mogelijkheid van een totale dissociatie gelegen is, zonder dat procespsychosen of endogene psychosen hiervoor verantwoordelijk te stellen zijn.

Ik zou hieraan toe kunnen voegen: twijfelt men aan de diagnose Schizophrenie beneden het 16e à 17e jaar, dan zal het wel een Schizophrenie zijn; twijfelt men aan de diagnose op den leeftijd van 17—19 jaar, dan heeft men een redelijke kans van een psychose met gunstige prognose, eventueel een Puberteitspsychose.

HOOFDSTUK VII.

SLOTBESCHOUWINGEN

Mij rest nog de resultaten van dit onderzoek te toetsen aan en een plaats te geven in het groote geheel van de ontwikkelingscurve van kind tot puber tot volwassene.

Het is een algemeen bekend feit, dat de gelijkmatige groei en ontplooiing van het kleine kind in de eerste levensjaren een onderbreking vertoont in de periode van 3—5 jaar, die door verschillende onderzoekers verschillend wordt aangeduid; Trotzphase, le puberteit, of wel Oedipale phase.

Of deze onevenwichtigheid en heftige schommeling in het geoedeleven het gevolg is van het feit, dat het kind in zijn sexueele ontplooiing op de volledige bevrediging van zijn neigingen stuit en nu door middel van verdringingsprocessen zijn geestelijk evenwicht moet hervinden, of wel, dat het geheele leven van binnen uit gekenmerkt is door een zekeren golfslag, waardoor fasen van desintegratie afwisselen met perioden, gekenmerkt door een integratie op een hooger niveau, moge hier niet uitgevochten worden.

In ieder geval kan men zeggen, dat door het inéengrijpen van allerlei factoren het uiterlijk levensaspect geen gelijkmatig toeneemende levenscurve laat zien, maar een onderbroken levenslijn, waarbij in ieder individueel geval wisselende diepten zichtbaar zijn.

De eerste onderbreking van de levenslijn wordt gevormd door de „Trotzphase”. Merkwaardig is, dat in de laatste jaren herhaaldelijk gewezen is op een zekere correlatie tusschen de, wel zeldzaam voorkomende, zeer vroegtijdig optredende vormen van Schizophrenie (dementia infantilis, dementia praecocissima) en de Trotzphase.

In mijn materiaal werd slechts in één geval nadrukkelijk erop gewezen, dat in de „Trotzphase” een abnormale periode aanwezig geweest zou zijn.

Het is niet altijd eenvoudig, de grenzen tusschen de verschillende fasen in het kinderleven scherp te trekken.

Op de „Trotzphase” volgt de schoolperiode, in de psychologie meestal aangeduid met „Latente” phase. De schommelingen uit de Trotzphase zijn tot rust gekomen, de conflicten hebben een oplossing gevonden. In de identificatie met den vader heeft het jongetje zich losgemaakt van de erotische binding aan de moeder. Bij het meisje heeft min of meer op tegengestelde wijze het conflict zich opgelost. De vroegtijdig sexueele strevingen zijn verdrongen.

De latente phase is een periode van groot geestelijk evenwicht

en stabiliteit. Er is een sterke groei van allerlei geestelijke levens-terreinen, van verovering der realiteit, van intellectueele en lichamelijke ontwikkeling, van ontplooiing der psychomotorische vaardigheid, etc.

Het affectieve leven is echter niet in den groei inbegrepen. Affectief reageert het kind van 6 jaar niet zoo verschillend van een 10-jarig kind. Nieuwe, heftige bindingen vormen zich in deze jaren weinig en in de oude verhoudingen is weinig verandering te bespeuren en zoo er al een wijziging optreedt dan is er nog eerder van een vervlakking dan van een verdieping sprake.

De latente phase heeft ook weinig oorspronkelijks en weinig aparts. Schoolkinderen gelijken meer op elkaar dan kleuters. Dit komt niet door den invloed van de school, die zoo'n gelijk coloriet aan ieder kind verleent, maar het nivelleerende moment is typisch voor de latente phase.

De Latente phase heeft in tegenstelling tot de Trotzphase weinig moeilijkheden op haar debetzijde. Zij draagt in zich de tendenz tot aanpassing, tot verdringing. Dit verklaart ook, waarom moeilijkheden in deze periode van het kinderleven meestal niet zulke excessieve hoogten bereiken.

Gezien de gezinsomstandigheden, waarin vele kinderen leven, zou men veel meer moeilijkheden in dit tijdperk van het kinderleven kunnen verwachten.

De neurotische verschijnselen van het schoolkind zijn veelal het gevolg van een niet volkomen uit de „Oedipale” phase uitgegroeid zijn. Aan den anderen kant komen kinderen met de kiem der neurose in zich, dikwijls nog vrij gemakkelijk door de latente phase heen.

Psychopatische trekken zijn niet zeldzaam, maar bewegen zich meestal nog wel binnen bepaalde grenzen. Dikwijls bleken zelfs kinderen met ernstige vormen van psychopathie, in de Lagere-schoolperiode nog een behoorlijk judicium voor gedrag te hebben ontvangen.

De schommelingen uit de evenwichtslijn zijn over het algemeen niet zoo groot en vormen een nog niet zóó gevarieerd beeld. Natuurlijk draagt ieder kind in zich zijn eigen aanleg, mogelijkheden en eigenaardigheden, maar deze phase „an sich” camoufleert meer, dan dat ze abnorme verschijnselen accentueert.

Dit toedekkende, dit camoufleerende, zien we ook in die gevallen, waarbij een psychose uitbreekt in deze jaren. Het is bekend, hoe zelden kinderen psychotisch worden, behalve de mischien gemakkelijk optredende delirante toestanden bij koorts en infectieziekten.

Er bestaat een vast gestructureerde totaliteit, er is geen labiliteit van het psychisch evenwicht. Wanneer het kind in deze phase psychisch ziek wordt, psychotisch wordt, dan valt de volle nadruk

op de psychose. Zooals ik in Hoofdstuk II uiteenzette, komen Psychogene psychosen zelden voor. Aan het psychisch trauma als aetiologisch moment in den opbouw der psychosen in de kinderjaren moet weinig beteekenis worden gehecht. Ook zelfs voor neurotische reacties speelt het psychisch trauma in deze jaren een minder groote rol dan in de kleuterphase.

Het kind in deze jaren kan een stootje velen, zonder dat groote evenwichtsschommelingen het gevolg zijn. Het is, alsof zijn affectleven gunstig beschermd ligt en moeilijk aantastbaar is. De verdringing heeft tegelijk bewerkstelligd een veiligstelling van het affectieve leven.

De psychogene reacties op dezen leeftijd, die men een enkele maal treft, zijn dan ook plotselinge, heftige reacties op een geweldigen stoot, die door de bescherming heenbreekt en het affectieve leven aangrijpt. Het ineens verwijderd worden uit de huiselijke omgeving, weg van de moeder kan een heimweereactie doen ontstaan, die op een psychose gelijken kan, of wel een groote emotie kan een primitieve hysterische ontlading tot gevolg hebben. De groote stoot breekt door de bescherming heen; minder ernstige traumata worden als 't ware door het harde pantser afgeketst.

Hoewel er eenige jaren een tendenz in de litteratuur bestond een groep van Psychogene psychosen naast de Schizophrenie in de kinderjaren af te grenzen, beweegt de litteratuur zich nu weer meer in tegengestelde richting.

De symptomatische psychosen en delirante toestanden zijn misschien het gevolg van de nog bestaande grootere prikkelbaarheid van het centrale zenuwstelsel, zooals het kleine kind bij koorts en ziekten gemakkelijk met stuipen reageert.

Affectieve psychosen, in den vorm van Manisch-depressieve psychosen, zijn zóó zeldzaam, dat men nauwelijks eenige aandacht hieraan wijdt en zoo ze voorkomen, slechts zeer geringe schommelingen uit den evenwichtstoestand met zich meebrengen. Dikwijls gelukt het pas achteraf deze aberraties op de juiste wijze te duiden.

Ten aanzien van het schizophrene proces, dat ook zelden, maar toch nu en dan zich manifesteert in de kinderjaren, is het, alsof de camouflage van de latente phase het ziekteproces voor ons verborgt. In geen enkel geval in mijn materiaal, waarbij bij katamnestic onderzoek de diagnose Schizophrenie met absolute zekerheid gesteld kon worden, durfde men tijdens de observatie de diagnose Schizophrenie aan. Dit ziekteproces wordt door de latente phase nog min of meer binnen de perken gehouden en kan pas floreeren, zoodra het begin der puberteitsjaren de mogelijkheid van een bloeiende psychose schept.

Zoodra het kind aan de poort van de puberteit staat, krijgt het aanvankelijk kale gebied van de klinische psychiatrie een geheel ander aanzien.

Wat de Schizofrenie betreft, zien we dat de verschijnselen van de kinderschizofrenie, de aloude bekende schizophrene symptomen, daling der psychische activiteit, geleidelijke affectieve „Verblödung”, psychisch inadaequaat gedrag, katatone verschijnselen en daarnaast de accentuatie van typisch kinderlijke verschijnselen als de pseudologia phantastica, zich nu vermengen met de velerlei puberteitsmogelijkheden.

Het kind leeft tot zijn 5e jaar in een wereld, waarin de grenzen ten opzichte van de buitenwereld niet streng getrokken zijn. Het kind kent nog niet de tegenstelling subject en object, gelijk de volwassene deze kent. Voor het kind is de wereld rondom bezielde. „gelijk wij leven in het door ons bezielde lichaam”, zegt *Van der Horst* in zijn *Anthropologische psychiatrie*.

De scheiding van ik en niet-ik, het naast elkaar stellen van een objectieve wereld rondom, en van den ander tegenover het ik, is een ontwikkelingsproces, dat zich in de kinderjaren voltrekt, waarbij in de puberteit het ik zich uitkristalliseert als een individu tegenover de gemeenschap.

Aanvankelijk heeft het kind geen „gecentreerd” ik, maar een zeer vaag en diffuus ik, waarin de naaste omgeving van het kind en allerlei objecten, als speelgoed en kleeën, etc., mee betrokken zijn. Naar analogie van *Werner* noemt *Hugenholtz* dit de „Ich-hof”. In den „Ich-hof” is nog niet de grens tusschen ik en buitenwereld getrokken, maar vloeien beide ineën. Geleidelijk aan pas vindt het kind de grenzen van zijn eigen wereld en de buitenwereld en vooral in 't begin van zijn Lagere-schoolperiode, tracht het met zijn weten, zijn technische interesse en zakelijke belangstelling de wereld te veroveren, en trekt met iedere ontdekking scherpere lijnen. Daarmee wordt het ik teruggedrongen en wordt een ikcentrum, naarmate het zich meer met het zelf identificeert.

Wanneer ik de beschouwingen van *Hugenholtz* volg, breekt in de puberteit nu, met het weten van het weten, het zelfbewustzijn door, waarbij de identificatie van ik en zelf weer wordt verbroken en het ik zich gaat onderscheiden van het zelf.

Het ik ervaart in de lichamelijke krachten en strevingen, het beroept zich op normen en waarden. De onderscheiding subject-object gaat boven die van ik en 't andere in de wereld uit.

Vanuit de ongevormdheid en de diffuse samenhang met de buitenwereld, via de identificatie met het zelf, wordt het „ik” in den volwassen mensch geboren. Het eerste stadium is kenmerkend voor de kleinkinderjaren, het tweede voor de schooljaren en het derde voor de puberteit.

In deze ervaring en beleving van dit „ik” en het zelfbewustzijn is de uiteindelijke scheiding volkomen geworden, waarbij de ontdekking van het eigen innerlijk met zich medebrengt de beleving van „dit is mijn wereld, die onherroepelijk gescheiden is van alle

buitenwereld". Hiermede hangt samen het gevoel van groote eenzaamheid en „Sehnsucht" naar de kinderjaren.

De grens tusschen Ik en buitenwereld, tusschen subject en object, die dus pas in de puberteit definitief wordt, opent veel grootere mogelijkheden voor de psychische verwerking van sensaties en belevingen.

Het is, alsof het kind in zijn psychose in een zekere zakelijkheid, zoo typeerend voor den schoolleeftijd, de veranderingen in de omgeving constateert.

De schilderijen zien er heel anders uit, de spiegel hangt niet zooals vroeger, er is een andere lucht in huis. Evenzoo worden de veranderingen in de eigen somato-psychische sfeer weergegeven. Het hoofd is zoo dik geworden, het zwelt, de buik is anders, de neus is gebocheld, etc.

Hiermede samenhangend voelt het kind zich gedesorienteerd in deze veranderde „Umwelt" en lichaamsruimte. Zijn eigen „Körperschema" is veranderd. Daarmede heeft het de beheersching over zijn automatisch verloopende motorische handelingen verloren. De meest alledaagsche handelingen als „de trap afloopen", of „het bed uitkomen" kunnen het kind moeite geven.

Dit alles blijft eigenlijk aan de oppervlakte. Pas het ontwakend innerlijk van den puber vormt in de reflexie deze verschijnselen om tot hypochondere en tot paranoïde denkbeelden.

Een kind kan nooit hypochondrisch zijn. Het kan wel de veranderingen in de somato-psychische sfeer ervaren; verschijnselen die we zoo veelvuldig aantreffen in den kinderlijken vorm van Schizophrenie, maar pas de puber kan deze belevingen omvormen tot hypochondere denkbeelden.

Evenzoo verwerkt de puber de veranderingen van de „Umwelt" tot paranoïde denkbeelden. De buitenwereld heeft na de scheiding van Ik en buitenwereld een andere beteekenis gekregen. De puber meent, dat de flikjes, die er anders uitzien en anders ruiken dan gewoonlijk, door de omgeving worden gebruikt om hem te vergiftigen, terwijl het kind slechts het anders-zijn constateert.

Hypochondere en waandenkbeelden zijn pas in de puberteitsjaren mogelijk.

Wanneer men de schizophrene vormen van het kind vergelijkt met die van de praepuberteit en puberteit, dan kan men, in het zich langzaam veranderende beeld, het puberteitsproces zich zien voltrekken. Dit maakt ook begrijpelijk, dat in de praepuberteit de diagnose Schizophrenie nog zoo moeilijk kan zijn. De hypochondere of paranoïde denkbeelden bezitten nog een vluchtigheid, die verankerd ligt in de weinige zelfstandigheid en afgegrensdheid van het Ik. Vandaar, dat dikwijls nog eenige psychische beïnvloeding schijnbaar mogelijk is, of wel de paranoïde denkbeelden onder den druk van de buitenwereld snel verflauwen en schijnbaar restloos

verdwijnen. Echter onherroepelijk brengt de groei van het steeds meer geprononceerde Ik de verschijnselen meer aan de oppervlakte, zoodat zij niet meer te loochenen zijn.

Moelijker dikwijls nog voor de diagnose zijn die vormen van Schizophrenie, vaak in het begin der puberteitsjaren optredend, waarbij het syndroom uitsluitend beheerscht wordt door een wat vreemd en verwrongen sexueel conflict. Bij de Kinderschizophrenie vindt men uitermate zelden, voor zoover mij bekend, geheel geen aanduiding van sexuele conflicten in de symptomatologie, terwijl het beeld in het begin der puberteitsjaren er vaak volkomen door beheerscht wordt. De normale puberteitsconflicten, in den vorm van de onanie, met de daaraan gepaard gaande schuldgevoelens, de vrees voor een ziekte tengevolge van de onanie, de gedachten aan de mogelijkheid van zwangerschap na onanie, etc., etc. komen zonder eenige terughoudendheid aan de oppervlakte.

Soms zijn deze verschijnselen zóó invoelbaar, dat het aan het neurotische grenst, dikwijls echter ook zóó wanstaltig omgevormd en ingebed in allerlei phantastische ideeën, dat men niet twijfelt aan een psychose. De verleiding is groot in deze gevallen aan een Puberteitspsychose te denken; de constructie lijkt zoo doorzichtig en aanvaardbaar en toch blijkt uit mijn klinisch materiaal, dat psychosen beneden het 16e jaar, ook al wijst het syndroom in de richting van een puberteitsconflict, bijna zonder uitzondering schizophrene psychosen zijn.

Men moet een scherpe grens trekken tusschen psychosen beneden het 16e jaar en daarboven. Het onder dezen leeftijd onverhuld aan de oppervlakte treden van sexuele conflicten, die de puber vooral in 't begin van zijn puberteitsjaren zoo angstvallig diep verbergt, moet ons achterdochtig stemmen. Een schizopreen proces is schijnbaar alleen in staat de remmen te verbreken, waardoor het herlevend sexuele leven in allerlei vorm voor den dag treedt; of wel ook worden oude infantiele libidineuze neigingen door de psychose met nieuwe energie beladen en krijgen zij, wanstaltig omgevormd, de hoofdplaats in het ziektesyndroom.

De puberteitsontwikkeling demonstreert zich hier in den inhoud der psychose, de puberteit heeft in deze gevallen dus een psychoplastische beteekenis.

Daarnaast is echter de pathogenetische waarde der puberteit niet te onderschatten. Ten aanzien hiervan zou ik de puberteit in 3 fasen willen indeelen.

1. De intrede in de puberteit, die dus omvat het loslaten van het oude kinderbestaan, het opgeven van het geestelijk evenwicht van de latente phase naast de belevingen van de eerste puberteitsjaren, de sexuele opiaaiing, de onanie, etc.
2. Het middelste gedeelte der puberteit, de expansieve phase.
3. Het uittreden uit de puberteit, het laatste tertiaal der rijping,

zoals *Van der Horst* het in één zijner publicaties uitdrukt.

Deze 3 fasen hebben pathogenetisch een verschillende betekenis.

We zien een 2de scherpe onderbreking, waarschijnlijk de sterkste schommeling in de levenscurve van den mensch, aan het einde van de lagere-schoolperiode. Terwijl aan het einde van deze fase de sterke vitaliteit in alle opzichten aanbreekt, het affectleven positief gekleurd is, en de expansiedrang en gemeenschapsbehoefte uitermate sterk ontwikkeld zijn, is de daarop volgende periode gekenmerkt door het tegendeel. De overmoedige, uitgelaten stemming van het kind in de vlegeljaren slaat om in een neerslachtige gedruktheid; de uitbundige drang naar spel en gemeenschap verandert in een zich terugtrekken op eigen kamer en de overmoedige dadendrang wordt een passieve lusteloosheid.

Volgens *Van der Horst* zijn de symptomen van de beginnende puberteit:

1. Een bewustzijnssplitsing tengevolge van het eerste ontwaken van het zelfbesef.
2. Een overdreven observeeren van het ontdekte innerlijk leven.
3. Stijging van het gemoedsleven in de richting van het sentimenteelen en zwaarmoedige.
4. Een onvermogen tot hanteering der gestuwde energie.

Het begin der puberteit is uitgesproken negatief gekleurd. Over alle gebieden van het psychische leven waait de negatieve vlag. Vandaar, dat in de Kinderpsychologie deze periode ook bekend staat als de negatieve fase. Bij meisjes zou dit vooral uitgesproken zijn in het laatste halfjaar voor het optreden der eerste menstruatie.

Het is in de levensontwikkeling van den mensch altijd zóó, dat het loslaten van oude geestesstructuren gepaard gaat aan een negatieven gevoelston, zooals dat ook zoo duidelijk aanwezig is in de overgangsfase.

Deze biologisch verankerde negatieve stemming is een gunstige voedingsbodem voor het ontstaan van geestelijke aberraties en hier vinden we één der pathogenetische momenten voor het ontstaan van psychosen in de puberteit.

Wanneer men nagaat, wat deze negatief gekleurde oppervlakte aan spanningen herbergt, dan is uit de psychoanalyse bekend, dat in de vóórpuberteit de sterke groei der genitaliën gepaard gaat met een grooten libidostroom naar de oude strevingen. Het kunstig evenwicht tusschen Es en Ich van de latente fase wordt verstoord door de toenemende libidobezetting van het Es.

De tijdelijke overwinning en het zwichten van het Ik voor oude Es-Regungen geeft aan deze periode het dikwijls zoo kenmerkende asociale cachet. Overmatige wildheid en teugelloosheid, antisociale tendenzen, opleving van anale en exhibitionistische neigingen,

wreedheid, etc. wijzen op een krachtiger functionneeren van onbewuste neigingen.

De onhandelbaarheid van kinderen op dezen leeftijd wortelt veelal in deze verhoudingen.

Daarnaast wordt ook de Oedipus-neigingen nieuw leven ingeblazen en de oude incestueuze verhoudingen vinden dikwijls in verholde phantasieën een heimelijke bevrediging.

Dit alles is ook weer de motor tot verhoogde „Abwehr”. Grootere eischen worden aan het Ik gesteld, om de heftig opblaaiende wenschen, die in de latente phase zoo kunstig binnen de perken werden gehouden, opnieuw te beteugelen. Angst, schuldgevoelens over herhaaldelijke onanie en over sexueele phantasieën, etc. vormen met allerlei „Abwehrmechanismen” de symptomen der neurotische puberteit.

De volkomen aan elkaar tegengestelde neigingen, die zoo veelvuldig in de puberteit worden aangetroffen, de overmatige kuischheid naast onbeheerscht onaneeren en toelaten van perverse sexueele wenschen, de sentimenteele liefde tot de geheele wereld en de grove critische houding ten opzichte van den enkeling, de brute egoïstische houding naast de verheven idealistische, zijn voor een groot deel de consequenties van den strijd, die in de puberteit tusschen Ich en Es wordt uitgestreden.

Deze verhoogde „Abwehr”neiging kan in bepaalde gevallen tot een ernstige neurose leiden. Iedere puberteit is min of meer neurotisch, geen enkele is symptoomvrij, maar in bepaalde gevallen loopt de puber in zijn neurose vast.

Bij de intrede der puberteit zou de negatieve gevoelston ook aan de neurose zijn aparte coloriet verleenen, zoodat zeer gemakkelijk in deze jaren neurotische depressietoestanden ontstaan.

Carp spreekt van individualiseeringsdepressies, waarbij hij vooral de moeilijkheden van de gefixeerde oedipale verhouding in de puberteit blootlegt, daar het individualiseeringsproces lijnrecht tegen de oedipale neigingen ingaat. Dit is één der mogelijke neurotische structuren. *Van der Horst*, die het begrip puberteitsdepressie invoert, plaatst deze depressietoestanden in een wijder verband. Hij wijst erop, dat niet alleen in de sexueel-erotische ontwikkeling zich een verandering voltrekt, die op de biologisch verankerde negatieve stemming een depressie kan „auslösen”, maar er zijn meerdere factoren, die in de pathogenese een rol kunnen spelen. Het kind, dat in een bepaalde relatie tot zijn buitenwereld zijn evenwicht heeft gevonden, moet dat opgeven, opdat nieuwe bindingen zich kunnen ontwikkelen. Dit vormt een zwak punt, evenals het feit, dat de jonge mensch zichzelf niet verstaat, heimwee en eenzaamheidsgevoelens kent. En daarnaast wijst *Van der Horst* op het belangrijke moment van de insufficiëntiegevoelens bij den ingang van de puberteit. De puber wil zichzelf „behaupten”. Hij

zou zoo graag volwassen willen zijn, maar kan het niet. Hij heert heimweegevoelens naar zijn kinderjaren, maar wil geen kind meer zijn. In dit geen kind meer willen zijn en geen volwassene kunnen zijn, ligt de onzekerheid, die iedere uiting, tot in de motoriek toe, kenmerkt.

De puberteitsdepressie heeft dus eigenlijk twee wortels, de normale negatieve stemming in het begin der puberteitsjaren en daarnaast neurotische conflicten. Slechts zelden nemen de puberteitsdepressies een dergelijken vorm aan, dat klinische verpleging noodzakelijk is, maar op het kinderspreekuur ziet men niet zelden de kinderen met hun ongemotiveerde huilbuien en gedrukte stemming.

Wanneer ze bij den psychiater terecht komen, is er altijd een versterking van de gewone negatieve stemming aanwezig, gelegen in neurotische conflicten, waarom deze kinderen dan ook zeer zeker voor psychotherapeutische behandeling in aanmerking komen.

Neurotische conflicten spelen in deze phase een groote rol, psychische traumata zelden.

Hoewel in deze jaren door de a- en antisociale tendenzen van het kind de psychische traumata niet zeldzaam zijn, komen eigenlijk geen psychosen voor, waarbij het psychisch trauma een pathogenetische betekenis toekomt.

In dit opzicht onderscheidt deze eerste periode van de puberteit zich volkomen van de tweede phase.

Volgend op deze praepuberteit en ingang in de puberteitsjaren zou ik een phase willen afgrenzen, die door geheel andere momenten gekarakteriseerd is. Het kind heeft zich van de kinderlijke bindingen aan zijn ouders losgemaakt, heeft de natuurlijke gebondenheid aan de gemeenschap opgegeven. Het heeft de geboorteweeën van het individuatieproces doorstaan. Nu voeren niet meer de gedeprimeerde stemming en de ongemotiveerde verdrietige gevoelens den boventoon. Deze periode, waarin dit op den voorgrond staat, zouden we kunnen vergelijken met de eerste maanden van het zuigelingenbestaan, waarin het kind in zijn hulpeloos schreien naar het veilig bestaan in de baarmoeder terugverlangt en zich afwendt van de wereld, waarin hij noodgedwongen is terechtgekomen. Daarop volgt echter, na enkele maanden, de toewending, de glimlach, waarmee het contact zoekt met de omgeving om hem heen, het tasten en kijken, waarmee het de wereld overtoert. Zoo ook in de puberteit. Op de negatieve phase volgt de periode, waarin het kind openstaat voor de wereld om hem heen. Niet zooals het schoolkind, dat met technische interesse, zakelijk wil weten, hoe de wereld in elkaar zit, maar met een belangstelling, die tast en zoekt naar de waarden, die in de wereld verborgen zijn voor den groei van dat pas ontwikkeld eigen innerlijk. Er ontstaat weer een groote bezigheidsdrang, een expansie naar alle richtingen. Geen enkel levensterrein is veilig voor den puber. Hij flirt en

dweept, zoekt het aesthetisch genot in muziek en kunst, zoekt de gemeenschap in zijn clubs, reist en maakt tochten, verdiept zich in philosophische bespiegelingen, enz. Het schoolkind wil zien, de puber wil beleven. Ik ben het heelemaal eens met een opmerking van *Van der Horst*, die zegt: „terwijl op den leeftijd van 15—16 jaar de depressieve stemmingen overwegen, beweegt het stemmingsleven in de periode tot aan het 18e jaar zich vooral naar de tegenovergestelde pool”.

Dit veranderde stemmingsleven zien we heel duidelijk tot uiting komen in de psychosen van deze periode. Maniakale syndromen, en dan vooral gepaard gaande aan confabulaties, zien we uitermate veel in deze phase.

Vaak worden we hierdoor verleid de diagnose Manie te stellen, terwijl een schizophreen proces zich achter dit maniakale syndroom verbergt. Ook *Lange* wijst er nog eens op, hoe veelvuldig de diagnostisch gestelde manieën in de jaren beneden de 20 later blijken schizophrene psychosen te zijn. Het kunnen Manieën zijn, hoewel deze ook in de puberteitsjaren zeldzaam blijven. Op het geheele materiaal van de Valeriuskliniek vond ik 5 manisch-depressieve psychosen beneden het 20e jaar, waarvan 4 manieën en één melancholie op het 19e jaar. Ik heb geen enkele melancholie gevonden beneden het 19e jaar.

Dit veelvuldig voorkomende syndroom in de ontwikkelingsjaren bracht *Rümke* er toe in aansluiting aan *L. Bouman* het begrip „Manie des Dégénéérés” te introduceeren in de litteratuur.

Zooals de negatieve stemming in het begin der puberteitsjaren de bodem kan zijn, waarop een puberteitsdepressie zich kan ontwikkelen, zoo zou ook de positieve stemming in deze jaren reactief kunnen uitgroeien tot een ongemotiveerde vrolijkheid en levensmoed, die zich botviert in gevaarlijke avonturen en begeleid wordt door sterke phantasieën en confabulaties, vooral op sexueel-erotisch gebied. Op grond van deze overwegingen grenst *Van der Horst* nu naast de puberteitsdepressies de z.g. „Mythomanie” af, waaronder hij verstaat een zekere euphore stemming, gepaard gaande aan de neiging tot confabulaties. Het begrip ontleent hij aan *Dupréz*.

Ongetwijfeld ziet men dit syndroom niet zelden, waarbij m.i. de expansieve stemming echter meer een pathoplastische dan pathogenetische werking heeft.

Het is bekend, dat de mogelijkheid van het ontstaan van psychosen na het 16e jaar zeer veel grooter wordt. In de eerste plaats geldt dit voor de bekende vormen van psychosen, vooral de Schizophrenie. Uit een statistiek van *Schneider* blijkt, dat van 889 gevallen van Schizophrenie 3 begonnen tusschen het 5e en 10e jaar, 20 tusschen het 11e en 15e jaar en 161 tusschen het 16e en 20e jaar. Maar niet alleen neemt het aantal gevallen Schizophrenie

toe en wordt de mogelijkheid van het uitbreken van een Manisch-depressieve psychose grooter, ook andere psychosen treden in deze jaren op. Hoewel deze psychosen, die vooral het materiaal van deze studie vormen, zeer afwijkend van elkaar zijn, wat syndromen betreft, ontkomt men niet aan den indruk, dat in de pathogenese van deze psychosen de puberteit een belangrijke rol heeft gespeeld. Terwijl de latente phase vooral gekarakteriseerd is door tendenzen, die de geestelijke gebieden samenbinden, waardoor de latente phase, wat geestelijke aberraties betreft, vooral een nivelleerenden invloed heeft, is het tegengestelde merkbaar in de puberteit. In de voorpuberteit en het begin der puberteit overwegen deze tendenzen nog zóódanig, dat alleen neurotische, eventueel psychoneurotische reacties (de puberteitsdepressies) baanbreken. Dit verandert geheel in den loop der puberteit. Tegenover de stabiliteit van de latente phase staat de uitgesproken labiliteit van het geestelijk evenwicht in de puberteit. De desintegreerende tendenzen overwegen over de integreerende.

Gezien het zeer verschillend verloop der puberteit moet men wel aanvaarden een constitutioneel verankerd puberteitsverloop. Men kan de vlak verloopende puberteit, waarin nauwelijks eenige rimpeling aan de oppervlakte de verandering, die zich in het psychisch leven voltrekt, aanduidt, onderscheiden naast de hevig bewogen puberteit, die hier en daar aan het psychotische grenst.

Rekening houdend met dit feit, behoeft het ook eigenlijk geen verwondering te wekken, dat hereditaire momenten alleen een psychotische puberteit kunnen bewerkstelligen.

Uit de statistische gegevens van mijn materiaal, waaruit blijkt, dat op het 15e jaar slechts één psychose voorkomt, die in de rij der puberteitspsychosen een plaats vindt, op het 16e jaar niet één, op het 17e jaar 7, waarvan 4 pseudo-schizopreen gekleurde beelden en geen enkele depressietoestand, op het 18e jaar 4, waaronder één depressie en het 19e jaar vooral gekenmerkt is door velerlei vormen van depressieve psychosen, zou ik willen concluderen, dat het meest labiele punt der puberteit op het 17 en 18e jaar is gelegen.

Hoewel het bewerkte materiaal natuurlijk te klein is, om vdragende conclusies te rechtvaardigen, is deze merkwaardige verschuiving te opvallend, om alleen toevallige momenten hiervoor aansprakelijk te stellen. Het is veel eer, alsof dit ons het puberteitsverloop nog eens demonstreert. Aanvankelijk eenige jaren, waarin de saambindende tendenzen uit de latente phase nog niet hun volledige werkzaamheid hebben ingeboet, zoodat van dissociatie nog geen sprake kan zijn; dan het dieptepunt, het meest labiele moment, waarbij de mogelijkheid van een volledige dissociatie aanmerkelijk aan kansen wint en dan weer langzaam aan, aan het einde van de puberteit de uitingen van de integreerende

werkzaamheid, waardoor de geestelijke aberraties weer meer naar het psychoneurotische dan naar de totale ontremming gaan.

Dat dit labiele moment van groote beteekenis is voor het ontstaan van een psychose, wordt bewezen door het feit, dat beneden den leeftijd van 17 jaar ik eigenlijk nauwelijks psychosen buiten de sfeer der Schizophrenie of Manisch-depressieve psychose heb aangetroffen. Merkwaardig was zelfs, dat uiterlijk goedaardig lijkende psychosen beneden dezen leeftijd tenslotte bleken schizophrene processen te zijn, terwijl zeer ernstig lijkende psychosen op den leeftijd van 17 en 18 jaar een volkomen gunstige prognose bleken te bezitten. Daarbij bleek ook het 19e jaar weer arm te zijn aan deze beelden.

Hopelijk zullen statistieken uit andere inrichtingen de nog zeer onvolledige gegevens over psychosen op dezen leeftijd aanvullen.

Eenerzijds ziet men nu die psychosen, waarbij een ernstig psychisch trauma op het critieke moment de dissociatie heeft teweeg gebracht. Aan den eenen pool van de puberteitspsychosen zou ik deze z.g. ontremmingstoestand willen plaatsen. Noch hereditaire belasting noch neurotische ontwikkeling behoeft hier een rol te spelen. De puber ervaart op het meest critieke moment in zijn ontwikkelingsjaren een trauma, dat het wankelbaar evenwicht verstoort en de psychose doet geboren worden.

Het zijn psychosen, die in het klinisch schema de Psychogene psychosen naderen. De symptomatologie doet in niets aan een procespsychose denken.

Daar lijnrecht tegenover zou ik die psychosen willen plaatsen, waar het labiele evenwicht op het critieke moment niet verstoord wordt door uiterlijke factoren, maar waarbij constitutioneele, hereditaire momenten, zooals ook blijkt uit de ernstige hereditaire belasting in deze gevallen, de psychose bepalen.

Men ziet nu die ziektebeelden, die, gezien de symptomatologie, heel ernstig aan Schizophrenie doen denken, hoewel ze de zekere schizophrene kenmerken missen. Tusschen deze twee uitersten liggen die ziektebeelden, waarbij allerlei momenten in elkaar grijpen, die de psychose ook pathoplastisch beïnvloeden.

In deze middenphase van de puberteit vindt men dus aan den eenen kant de z.g. ontremmingstoestanden, aan den anderen kant de pseudo-schizophrene beelden en daartusschen in de of meer hysteriform of meer paranoïd gekleurde syndromen.

Na de eerste phase, die ik als negatieve phase zou kunnen afgrenzen en de tweede, die ik de expansieve, labiele periode zou willen noemen, volgt nu het derde tijdperk, „het laatste tertiaal der rijping” volgens *Van der Horst*. Vanaf het begin der puberteit neemt de desintegratie langzaam aan toe, tot deze het hoogtepunt op het 17e jaar bereikt. Daarna trachten integreerende tendenzen het psychische leven weer op een hooger niveau te structureeren.

Het psychisch materiaal, verzameld in de expansieve jaren der puberteit, wordt kritisch geschild. Het onevenwichtige, labiele, tot uiting komend in de dikwijls elkaar volkomen tegenovergestelde neigingen en strevingen, maakt meer en meer plaats voor een meer evenwichtige situatie. Een bepaald min of meer omschreven levensplan wordt duidelijk en de toekomst wordt scherper afgeteekend. De meer zinnelijke, lichamelijke componenten der sexualiteit, de onanie en andere perverse driftmatige neigingen, verliezen aan beteekenis, de objectkeuze wordt meer gericht, de erotische neigingen versmelten met de sexueele, de mogelijkheid van verlovings en huwelijk komt dichterbij.

In den jongen mensch van 19 à 20 jaar voltrekt zich dit integrerend gebeuren, waardoor een zekere stabiliteit ontstaat, die in de komende jaren der adolescentie nog voortdurend toeneemt. De labiliteit wordt minder groot en de kans op een volledige desintegratie neemt parallel hieraan sterk af.

Vooral bij neurotische verwickelingen in de puberteit ziet men, dat de integratie niet gelukt en deze laatste periode van de puberteit in plaats van in een rustige harmonie in een depressieven toestand uitmondt.

In tegenstelling tot de periode van 16—18 jaar, waarin men nauwelijks depressieve syndromen tegenkomt, is dat tijdperk rijk aan zeer uiteenlopende en gevarieerde depressieve beelden, die alle gekarakteriseerd zijn door het feit, dat ze de primaire symptomen der Melancholie missen.

Niet de labiliteit van het psychisch evenwicht, noch het psychisch trauma, zijn hier van groote beteekenis, evenmin als hereditaire factoren doorslaggevend zijn, maar de integratie gelukt niet op den bodem van neurotische spanningen.

Het onderzoek van psychosen, optredend in de puberteit, die niet te rangschikken zijn onder de proces- of endogene psychosen, heeft ons geleerd, dat men niet van de pathogenetische werking der puberteit in haar totaliteit kan spreken, maar dat de verschillende perioden in de puberteit van verschillende pathogenetische waarde voor het ontstaan van Puberteitspsychosen kunnen zijn.

Op grond van mijn onderzoek moet ik de kritische houding van vele onderzoekers ten aanzien van Puberteitspsychosen afwijzen en een afzonderlijke plaats voor deze psychosen in het klinisch schema bepleiten.

SAMENVATTING.

In deze studie worden 63 gevallen van atypische psychosen van de kinder- en puberteitsjaren aan een nadere klinische analyse onderworpen, waarbij het verloop der ziekte, de katamnestiche gegevens en de huidige psychische gesteldheid van de patiënten zoo nauwkeurig mogelijk in het onderzoek werden opgenomen.

Van deze 63 gevallen bleken 23 psychosen tenslotte in de Schizophrenie uit te monden, 5 behoorden tot de Manisch-depressieve psychose, terwijl 20 gevallen een volkomen gunstige prognose bleken te bezitten. Deze laatste psychosen eindigden in een volledig herstel, terwijl er in de latere jaren geen neiging tot recidief aanwezig was. Het begin van vele van deze psychosen ligt reeds een groot aantal jaren terug; een kleiner aantal dateert van meer recente perioden.

De groep psychosen, die, daar de puberteit als voornaamste pathogenetische factor moet worden beschouwd, als Puberteitspsychosen worden samengevat, blijkt geen gelijkvormige syndromen te vertoonen, maar zeer gevarieerde symptomencomplexen.

- I. *Depressieve beelden.* Deze wijken, wat klinisch syndroom betreft, af van de primaire verschijnselen der melancholie. Ze treden op bij patiënten, bij wie men duidelijk een hereditaire belasting kan aantoonen, of wel bij wie een neurotische ontwikkeling in de puberteit aanwezig is. De leeftijd, waarop ze optreden, is bij voorkeur het einde van de puberteit, het 19e à 20e jaar.

Een enkele maal treft men een praepuberale depressie aan, een zogenaamde individuatiepsychose.

- II. *Ontremmingstoestanden.* Bij de ontremmingstoestanden treft men een normale puberteitsontwikkeling aan, geen erfelijke belasting, maar wel een ernstig psychisch trauma.
- III. *Hysteriforme of paranoïde psychosen.* De structuuranalyse van deze gevallen is gecompliceerder. Constitutie, neurotische ontwikkeling en meer of minder ernstige traumata en conflicten spelen in de pathogenese een grootere of kleinere rol en zijn pathoplastisch van beteekenis.
- IV. *Schizophrenie gekleurde beelden,* vooral verwardheidstoestanden en katatonie-achtige syndromen. In de meeste van deze gevallen bestaat een duidelijk hereditaire belasting voor geestesziekte. Men vindt nooit een ernstig trauma. Vooral het 17e à 18e jaar schijnt een critiek jaar te zijn voor het ontstaan van deze toestanden.

Uit het bewerkte materiaal blijkt, dat de beschrijving van het klinisch syndroom niet leidt tot de afgrenzing van Puberteitspsychosen.

Symptomatologisch schijnbaar Psychogene psychosen beneden het 16e jaar blijken meestal Schizophrenieën te zijn, terwijl schizophrene beelden op het 17e en 18e jaar Puberteitspsychosen kunnen zijn.

Wanneer men tracht structuuranalytisch de verschillende gevallen op te bouwen, dan blijken hereditieit, neurotische ontwikkeling en psychisch trauma in ieder apart geval van zeer bepaalde pathogenetische en pathoplastische beteekenis te zijn. Duidelijk blijkt daarbij, dat in de puberteit de mogelijkheid van een totale dissociatie gelegen is, zonder dat procespsychosen of endogene psychosen hiervoor verantwoordelijk te stellen zijn.

Wanneer een ziektebeeld beneden het 16e jaar onduidelijke trekken vertoont, waardoor men een diagnose niet met zekerheid durft te stellen, bestaat er een groote kans, dat dit ziektebeeld tot de Schizophrenie behoort, terwijl bij twijfel aan de diagnose tusschen het 17e en 19e jaar de prognose direct aan gunstige mogelijkheden wint.

Deze studie pleit voor het opnemen van de Puberteitspsychosen in het klinisch schema.

SUMMARY.

In the present study, 63 cases of atypical psychosis during childhood and puberty are clinically analyzed. Detailed records of the course of the disease, catamnestic data and patients' psychic state at the time of writing are included in the investigation.

Out of these 63 cases of psychosis, 23 eventually developed into schizophrenia; 5 were of the manic-depressive type, while the prognosis of 20 cases turned out wholly favourable. These 20 cases ended in complete recovery, there having been no tendency to recidivation during the last few years.

A large number of these psychoses began many years previously; a smaller number dates from more recent periods.

The group of psychoses, which are classed collectively as „Puberty-psychoses” — puberty being the chief pathogenic factor — are not characterized by a uniform complex of symptoms but on the contrary vary greatly in their respective syndromes.

- I. *Depressive pictures.* These differ in respect of their clinical syndrome, from the primary phenomena of melancholia. They occur in patients in whom a hereditary taint is clearly present, or who developed some form of neurosis during puberty. The age at which these psychoses make their appearance is generally at the close of the puberty period, i.e. about 19 or 20. In rare cases a prepuberal depression or „individuation-psychosis” is found.
- II. *Disinhibition states.* Under conditions of disinhibition we find a normal development of puberty and no hereditary taint; but we do find grave psychic trauma.
- III. *Hysteriform or paranoid psychoses.* The structural analysis of these cases is more intricate; constitution, neurotic development and more or less serious traumas and conflicts all play a greater or lesser rôle in the pathogenesis and are of importance pathoplastically.
- IV. *Schizophrenically coloured pictures,* especially states of confusion and resembling catatonia. In the majority of these cases there is clear evidence of a psychotic hereditary taint tending to mental disease. Serious trauma is never found. Especially the 17th and 18th years seem to be the critical years for the appearance of these affections.

It appears from the material described and analyzed that the

clinical syndrome does not allow of a sharp delimitation of the various classes of Puberty-psychoses.

Symptomatologically Psychogenic psychoses setting in under the age of 16 are usually found to be Schizophrenias, whereas schizophrenic pictures at the age of 17 or 18 may turn out to be Puberty-psychoses.

In endeavouring to reconstruct the various cases structure-analytically, it is seen that heredity, neurotic development and psychic trauma are of quite definite pathogenic and pathoplastic significance. There is every sign that the period of puberty holds the possibility of total dissociation, without this being attributable to either process-psychoses or endogenic psychoses.

When the clinical picture under the age of 16 is not clear, so that the diagnosis is difficult and uncertain, the chances are that we have to do with a schizophrenic case; whereas if the diagnosis is doubtful between the ages of 17 and 19, the prognosis at once assumes a more favourable aspect.

The present study advocates the inclusion of Puberty-psychoses in the clinical classification.

LITTERATUUR

- BENDER, Laurretta Childhood Schizophrenia, Am. Journal of Orthopsychiatry, Vol. XII Nr. 1.
- BENJAMIN, e.a. Lehrbuch der Psychopathologie des Kindesalters. — Rotapfelverlag, Erlenbach, Zürich und Leipzig.
- BINSWANGER, L. Lebensfunktion und innere Lebensgeschichte. M. f. Ps. u. N. 52, 1928.
- BINSWANGER, O. Die klinische Stellung der Degenerationspsychosen, zugleich ein Versuch ihrer Gliederung. — Arch. f. Pshych. 83, 1928.
- BIRNBAUM, Karl Der Aufbau der Psychose. — Berlin, Verlag van Julius Springer, 1923.
- BIRNBAUM, Karl Psychische Verursachung seelischer Störungen. — Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann, 1918.
- BIRNBAUM, Karl Persönlichkeit und Psychose. — M. f. Ps. u. N. 63, 1927.
- BIRNBAUM, Karl Die Strukturanalyse als klinisches Forschungsprinzip. — Z. f. N. u. Ps. 53, 1920.
- BLUM, K. Die Psychosen im Kindesalter. — Ergebn. der Inneren Medizin und Kinderheilkunde, 44. Band, 1932.
- BONHOEFFER, K. Zur Frage der Schreckneurosen. — M. f. Ps. u. N. 46, 1919.
- BONHOEFFER, K. Klinische Beiträge zur Lehre von den Degenerationspsychosen. — Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten, VII. Band Heft 6, 1907.
- BOSTROEM, A. Die expansive Autopsychose durch autochthone Ideen (WERNICKE) und ihre klinische Stellung. — Z. f. N. u. Ps. 60, 1920, 213.
- BOSTROEM, A. Zur Frage der verworrenen Manie. — Arch. f. Ps. u. N. 76, 1925/26.
- BOVET, L. Contribution à l'étude des démences chez l'enfant. — Z. f. Kinderps. Heft 2, Juli 1938, V. Jahrg.
- BRADLEY, Ch. Schizophrenia in Childhood. — 1941.
- BRAUN, E. Psychogene Reaktionen. — Handb. der Geisteskrankheiten Oswald BUMKE, Band V.
- BRESOWKY, M. Zur Frage der Heilbarkeit der Dementia praecox. — M. f. Ps. u. N. 68, 1928.
- BRIEDé, A. Een onderzoek naar de prognose der Schizophrenie. — Diss. 1939.
- BUMKE, O. Fünfzig Jahre Psychiatrie. — Arch. f. Ps. u. N. 76, 1925/26.

- BUMKE, O. Zur Frage der funktionellen Psychosen. — Fortschritte d. Naturw. Forschung, Bd. 6, 1912.
- BÜRGER-PRINZ Die Frühdiagnose der Erbkrankheiten. — Centr. bl. f. N. u. Ps. 78, 1936.
- CARP, E. A. D. E. Depressietoestanden bij kinderen in de praepuberteit. — Ned. Tijdschr. v. Psychol. 7e Jrg. 1939/1940.
- CORBERI, G. Dementia praecocissima, dementia infantilis, phrenostheni aparatico, aphasico tardiva e otali psicopatici prepuberali transitori. — Ref. Zbl. f. N. u. Ps. 63, 821.
- CREAK, Mildred Psychosis in Children. — M. D. Proc. Royal Soc. Med., Vol. XXXI, No. 3, 1938, Geciteerd uit Z. f. Kinderps. 5.
- DUPRÉ, Ernest Pathologie de l'imagination et de l'émotivité. — Payot, Paris 1925.
- DUSSIK, K. Th. Manisch-depressive Psychose bei einem elfjährigen Kinde mit gekoppelt vererbter endokriner Stigmatisierung. — Ps. N. Wochenschr. 26, 1934.
- EHRENWALD, H. Periodisch rezidivierende Katatonie bei einem Knaben, ein Beitrag zur Pathologie der Dementia praecox. — Arch. f. Ps. 78, 264, 1926.
- ESSER, P. H. Beitrag zur Typologie der episodischen Kernpsychosen (Degenerationspsychosen). — Psych. Neur. Bl. 1937.
- ESSER, P. H. Ueber eine seldsame Form episodischer und phasischer Keimpsychosen. — Psych. Neur. Bladen 1936.
- EWALD, G. Das manisch-melancholische Irresein und die Frage der „Krankheitseinheit“. — Z. f. N. u. Ps. 63/64, 1921.
- EWALD, G. Ueber die Motilitätspsychosen. — Arch. f. Ps. u. N. 76, 1925/1926.
- EWALD, G. Mischpsychose, Degenerationspsychose, Aufbau. — M. f. Ps. u. N. 68, 1928.
- EWALD, G. Das Verhältnis der Degenerationspsychosen zu den groszen Formenkreisen des Irreseins. Arch. f. Psych. 78, 423, 1926.
- FORTANIER, A. H. Neurosen in de Puberteit. — Psych. Neur. Bladen 1938.
- FORTANIER, A. H. Episodische schemertoestanden. — N. T. v. Gen. 1932.
- FREUD, S. Zur Psychologie der Gymnasiasten. — Z. f. Psych. Pädag. XIX, 1936.
- FUNST, H. Ueber Schizophrenie im Kindesalter. — M. f. Ps. u. N. 79, 1931.
- GAUPP, R. Die Frage der kombinierten Psychosen. — Arch. f. Ps. u. N. 76, 1925/'26.
- GREBELSKAJE-ALBATZ, E. Zur Klinik der Schizophrenie des frühen Kindesalters. — Schw. Arch. f. N. u. Ps., 34, 244, 1934.

- GRUHLE, H. W. BLEULER's Schizophrenie und KRAEPELIN's Dementia praecox. — Z. f. N. u. Ps. 114, 1913.
- GRÜNTAL, M. Ueber Schizophrenie im Kindesalter. — M. f. Ps. u. N. 46, 206, 1919.
- GUREWITSCH, M. Ueber die primitiven Psychogenien. — Z. f. N. u. Ps. 86, 1923.
- HAMER, B. Chr. Degeneratiopsychosen. 1942.
- HEILIG, G. Zur Kenntnis der Pathogenese psychogener Dämmerzustände. — Arch. f. Psych. 55, 1915.
- HERZ, E. Zur Frage der sogenannten Mischpsychosen. — Z. f. N. u. Ps. 116, 1928.
- HERZ, E. Laufbilder von Verwirrtheiten und Motilitätspsychosen mit Bemerkungen zur Untersuchung der diesen Krankheiten eigenen Bewegungserscheinungen. — Arch. f. Psych. 78, 420, 1926.
- HIGIER, H. Klinik der selteneren frühinfantil erworbenen Demenzformen. — Z. f. N. u. Ps. 88, 1924.
- HOMBURGER, A. Vorlesungen über Psychopathologie des Kindesalters.
- HORST, L. van der Orthopaedagogische maatregelen in verband met ongebondenheid in de puberteit bij de vrouwelijke jeugd. — N. T. v. Gen. Jrg. 85, 1941.
- HORST, L. van der Pubertätspathologie, Psychopathologie und Psychosen. — Psych. Neur. Bladen 1938.
- HORST, L. van der Puberteitspsychosen. — N. T. v. Gen. 1936.
- HORST, L. van der De psychologie van den rijpenden mensch. — N. T. v. Psychol. Jrg. II, 1934.
- HORST, L. van der Anthropologische Psychiatrie. — 1946.
- HORST, L. van der Het godsdienstig zedelijk leven in de rijpingsjaren. — 1941.
- HORST, L. van der De psychische gesteldheid van het studeerende meisje. — N. T. v. Psychol., Jrg. V, 1937.
- HUTTER, A. Endogene en functioneele psychoses bij kinderen in de puberteitsjaren. — N. T. v. Gen. 1934.
- HUTTER, A. Orthopaedagogische maatregelen in verband met ongebondenheid in de puberteit bij de mannelijke jeugd. — N. T. v. Gen. Jrg. 85, 1941.
- HUTTER, A. Endogene und funktionelle Psychosen bei Kindern in den Pubertätsjahren. — Z. f. Kinderpsych. Jrg. VI, 1938.
- INFELD, M. Beiträge zur Kenntnis der Kinderpsychosen. — Jahrb. f. Psych. 22, 326, 1902.

- KEHRER, F. Die Stellung von HOCHÉ's „Syndromenlehre“ in der heutigen Psychiatrie. — Arch. f. Psych. 74, 1925.
- KEHRER, F. Der Fall Arnold. Studie zur neueren Paranoialehre. — Z. f. N. u. Ps. 74, 1921.
- KEHRER, F. und
KRETSCHMER, E. Die Veranlagung zur seelischen Störungen. — Monogr. a. d. Gesamtgeb. der Neur. u. Psych. Heft 40, 1924.
- KIRSCHBAUM, M. Ueber Persönlichkeitsveränderungen bei Kindern infolge von epidemischer Encephalitis. — Z. f. N. u. Ps. 73, 1921.
- KLEIST, K. Autochthone Degenerationspsychosen. — Z. f. N. u. Ps. 69, 1921.
- KLEIST, K. Episodische Dämmerzustände. — Z. f. N. u. Ps. 33, 614, 1923.
- KLEIST, K. Die gegenwärtigen Strömungen in der Psychiatrie. — Allg. Z. f. Psych. 82, 1925.
- KLEIST, K. Ueber cycloide Degenerationspsychosen, besonders Verwirrtheits- und Motilitätspsychosen. — Arch. f. Psych. 78, 416, 1926.
- KLEIST, K. Ueber cycloide, paranoide und epileptische Psychosen und über die Frage der Degenerationspsychosen. — Schweiz. Arch. f. Psych. 23—24, 1928.
- KLEIST, K. Die Streitfrage der akuten Paranoia. — Z. f. N. u. Ps. 5, 1911.
- KOLLE, K. Zur Klinik und Vererbung der Degenerationspsychosen. — Arch. f. Psych. 78, 731, 1926.
- KRAEPELIN, E. Die Erforschung psychiatrischer Krankheitsformen. — Z. f. N. u. Ps. 51, 1919.
- KRAEPELIN, E. Die Erscheinungsformen des Irreseins. — Z. f. N. u. Ps. 61—62, 1920.
- KRETSCHMER, E. Ueber psychogene Wahnbildung bei traumatischer Hirnchwäche. — Z. f. N. u. Ps. 45, 1919.
- KRETSCHMER, E. Die typischen psychogenen Komplexe als Wirkung juveniler Entwicklungshemmungen. — Z. f. N. u. Ps. 127, 1930.
- KRETSCHMER, E. Gedanken über die Fortentwicklung der psychiatrischen Systematik. — Z. f. N. u. Ps. 48, 1919.
- LANGE, J. Ueber Melancholie. — Z. f. N. u. Ps. 101, 1926.
- LANGE, J. Ueber atypische epileptische Dämmerzustände Münch. Med. Wochenschr. Jrg. 71, 1924.
- LANGE-COSECK, H. Psychiatrie des Kindesalters. — Fortschr. der Neur. u. Psych. Jrg. IX, Heft 1, 1937.
- LANGEVELD, M. J. Sociaalpsychologische ontwikkelingsverschijnselen van de puberteit. — N. T. v. Gen. 1941.

- LANGFELDT, Gabriël . . . The prognosis in Schizophrenia and the factors influencing the course of the disease. Copenhagen 1937. Levin en Munksgaard.
- LÖPFE Ueber kindliche Schizophrenien. Schweiz. Arch. f. N. u. Ps. XIV, 123, 1924.
- LUTZ, J. Einige Bemerkungen zur Frage der kindlichen Schizophrenie. — Z. f. Kinderpsych. Jrg. XI, Heft 6, 1945.
- LUTZ, J. Ueber die Schizophrenie im Kindesalter. — Sonderdruck aus Schweiz. Arch. Neur. Bd. 39, H. 2 en Bd. 40, H. 1, 1937; geciteerd uit Z. f. Kinderpsych. 4.
- LUTZ, J. Ueber eine Insulationsencephalitis mit schizophrenem Zustandsbild. — Z. f. Kinderpsych. 1934.
- MAYER-GROSS, W. . . . Die Entwicklung der klinischen Anschauungen KRAEPELIN's. — Arch. f. Psych. 87, 1929.
- MONCHY, S. J. R. de . . . De Psychoanalyse in de Puberteit. — Psych. Neur. Bladen, 1938.
- MONKEMÖLLER, O. . . . Das Pubertätsalter des Kindes. — Leipzig, 1927.
- PHILIP POLATIN and
PAUL HOCH Diagnostic Evaluation of early Schizophrenia. The Journal of Nervous and Mental Disease. Mrt. 1947.
- RAECKE Katatonie im Kindesalter. — Arch. f. Psych. 45, 1909.
- REISS, E. Konstitutionelle Verstimmung und manisch-depressives Irresein. — Z. f. N. u. Ps. 2, 1910.
- RENNIE, Thomas A. C. . . Analysis of one hundred cases of Schizophrenia with recovery. Arch. of neur. and Psych. August. 1941.
- RÜMKE, H. C. Levenstijdperken van den man. — N.V. de Arbeiderspers, Amsterdam, 1938.
- RÜMKE, H. C. Over klinische Psychiatrie. — Psych. Neur. Bladen 1932.
- RÜMKE, H. C. Ueber Psychosen bei Kindern, in Zusammenhang mit einigen Problemen in der klinischen Psychiatrie betrachtet. — Z. f. N. u. Ps. 114, 113, 1928.
- RÜMKE, H. C. Iets over de psychopathologie in de Puberteit. — N. T. v. Gen. 1929.
- RÜMKE-BAKKER, N. C. en
BOUMAN, L. Encephalitis lethargica sive epidemica. — Geneesk. Bladen, 23e Reeks, I, 1921.
- SCHNABEL, I. Die Prognose der psychischen Störungen des Kindes- und Entwicklungsalters nach dem Material der Züricher psychiatrischen Klinik von 1871—1920. — Z. f. N. u. Ps. 68, 241, 1921.

- SCHNEIDER, K. Probleme der klinischen Psychiatrie. — Leipzig, 1932.
- SCHNEIDER, K. Ueber primitiven Beziehungswahn. — Z. f. N. u. Ps. 1227, 1930.
- SCHRÖDER, P. Ungewöhnliche periodische Psychosen. — M. f. Ps. u. N. 44, 261, 1918.
- SCHRÖDER, P. Degeneratives Irresein und Degenerationspsychosen. — Z. f. N. u. Ps. 119, 1920.
- SCHRÖDER, P. Ueber Degenerationspsychosen (metabolische Erkrankung). — Z. f. N. u. Ps. 105, 539, 1926.
- SCHRÖDER, P. Degenerationspsychosen und Dementia Praecox. — Arch. f. Psych. 66, 1922/23.
- SPEK, P. A. F. van der . . . Over de klinische waarde van het begrip Degeneratiepsychose. — Academ. Proefschr. 1940.
- SSUCHAREWA, J. Ueber den Verlauf der Schizophrenien im Kindesalter. — Z. f. N. u. Ps. 142, 1932.
- STEENBERGEN-van der NOORDAA, M. C. van . . . Generatiepsychosen. — Academ. Proefschr., 1941.
- STRANSKY, E. Ueber Geistesstörungen im Kindesalter. — Z. f. Kinderpsych. Jrg. 3.
- STROHMAYER, W. Die Psychopathologie des Kindesalters. — Verlag J. F. Bergmann, München, 1923.
- STUBER, R. Ueber die Problematik der Pubertät.
- TORREN, J. A. van der . . . Acute psychogene psychose onder het beeld der pseudologia phantastica. — N. T. v. Gen. 1924, 1960.
- TRAMER, M. Die Kinderpsychiatrie als medizinisches Sondergebiet und unsere Zeitschrift für Kinderpsychiatrie. — Z. f. Kinderpsych. 1934.
- TRAMER, M. Die Entwicklungslinie eines psychotischen Kindes. — Schweiz. Arch. f. Ps. 27, 1931.
- TRAMER, M. Lehrbuch der allgemeinen Kinderpsychiatrie. — Verlag Schwabe & Co, Basel.
- WEICHBRODT, R. Zur Dementia Praecox im Kindesalters. — Arch. f. Psych. 59, 1918.
- WEINBERG, Irma and J. LOBSTEIN Inheritance in Schizophrenia Acta Psych. et Neur. Vol. XVIII, Fasc. I. 1943.
- WENGER, E. Kasuistischer Beitrag zur Klinik und Therapie des manisch-depressiven Irreseins. — Der Nervenarzt 1932.
- WILLE, W. Die Psychosen des Pubertätsalters. — Leipzig und Wien, 1887.
- ZIEHEN, Th. Die Geisteskrankheiten des Kindesalters. — Verlag Reutker und Reichard, Berlin, 1917.

